



**PENGARUH JAMINAN PERSALINAN TERHADAP  
KEIKUTSERTAAN KELUARGA BERENCANA**

**LAPORAN HASIL**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian hasil Karya Tulis  
Ilmiah mahasiswa Program Strata-1 Kedokteran Umum**

**YHAstra HAYU PRABHASWARI**

**G2A008199**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
2012**

**LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI**

**PENGARUH JAMINAN PERSALINAN TERHADAP KEIKUTSERTAAN  
KELUARGA BERENCANA**

Disusun oleh

**YHAstra HAYU PRABHASWARI**

**G2A008199**

**Telah disetujui**

Semarang, 23 Juli 2012

**Pembimbing 1**

**Pembimbing 2**

**dr.Budi Palarto Soeharto,Sp.OG**

**dr.Hari Peni Julianti, M.Kes,Sp.KFR**

**19531122 198103 1 003**

**19700704 199802 2 001**

**Ketua Penguji**

**Penguji**

**dr.Firdaus Wahyudi,M.Kes, Sp.OG**

**dr.Suharto,M.Kes**

**19720722 200003 1 001**

**131803123**

## **PERNYATAAN KEASLIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama mahasiswa: Yhastra Hayu Prabhaswari

NIM : G2A008199

Program Studi : Program Pendidikan Sarjana  
Program Studi Pendidikan Dokter  
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Judul KTI : Pengaruh Jaminan Persalinan Terhadap Keikutsertaan  
Keluarga Berencana

Dengan ini menyatakan bahwa:

- 1) KTI ini ditulis sendiri tulisan asli saya sendiri tanpa bantuan orang lain selain pembimbing dan narasumber yang diketahui oleh pembimbing
- 2) KTI ini sebagian atau seluruhnya belum pernah dipublikasi dalam bentuk artikel ataupun tugas ilmiah lain di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain
- 3) Dalam KTI ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai rujukan dalam naskah dan tercantum pada daftar kepustakaan

Semarang, 23 Juli 2012

Yang membuat pernyataan,

Yhastra Hayu Prabhaswari

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberi rahmat serta hidayahNya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan laporan akhir hasil penelitian karya tulis ilmiah ini. Penelitian ini dilakukan untuk memenuhi sebagian persyaratan guna mencapai derajat S1 kedokteran umum di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada :

1. Rektor Universitas Diponegoro yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu pengetahuan dan keahlian.
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan dan keahlian.
3. dr.Budi Palarto, Sp.OG dan dr.Hari Peni Juliarti, M.Kes, Sp.KFR selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan koreksi dan bimbingan sehingga karya tulis ilmiah ini selesai.
4. dr.Firdaus Wahyudi,M.Kes, Sp.OG dan dr.Suharto, M.Kes selaku dosen penguji.
5. Seluruh Staf RSST Klaten yang telah membantu selama proses pengambilan data.
6. Seluruh staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah member bekal pengetahuan kepada penulis.
7. Kedua orangtua saya dan keluarga yang senantiasa member dukungan, semangat, doa dan dorongan.
8. Teman-teman Fakultas Kedokteran angkatan 2008 yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan, doa, saran atau masukan yang dapat berguna bagi karya tulis ilmiah ini.

9. Semua pihak yang telah membantu dan mendorong baik secara langsung ataupun tidak langsung yang juga tidak dapat disebutkan satu persatu

Penulis menyadari bahwa didalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu jika terdapat kritik dan saran, penulis akan senantiasa menerimanya. Penulis berharap agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua. Akhir kata, semoga kita semua selalu berada dalam berkah dan lindungan-Nya.

## DAFTAR ISI

Halaman judul luar (Sampul luar) .....	i
Lembar pengesahan.....	ii
Pernyataan keaslian .....	iii
Kata pengantar .....	iv
Daftar isi.....	vi
Daftar tabel.....	xi
Daftar gambar.....	xiii
Daftar singkatan.....	xiv
ABSTRAK.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Permasalahan penelitian.....	6
1.3 Tujuan penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan umum.....	6
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat penelitian.....	7
1.4.1 Manfaat teoritis.....	7
1.5 Keaslian penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Safe motherhood and making pregnancy safer.....	11
2.1.1 Penyebab kematian dan kesakitan ibu dan bayi.....	11
2.1.2 Determinan kematian ibu.....	12
2.2 Hak reproduksi.....	16
2.2.1 Cara mewujudkan hak reproduksi.....	16

2.2.2 Prinsip hak reproduksi .....	17
2.2.3 Cara hak reproduksi dapat terjamin.....	17
2.2.4 Manfaat pelayanan kesehatan reproduksi.....	18
2.3 Jaminan persalinan .....	19
2.3.1 Pengertian jaminan persalinan .....	19
2.3.2 Tujuan jaminan persalinan .....	19
2.3.3 Manfaat jaminan persalinan .....	20
2.3.4 Sasaran jaminan persalinan .....	20
2.3.5 Kebijakan operasional jaminan persalinan.....	20
2.3.6 Ruang lingkup jaminan persalinan.....	21
2.4 Keluarga berencana .....	23
2.4.1 Pengertian keluarga berencana .....	23
2.4.2 Kebijakan keluarga berencana/kependudukan.....	23
2.4.3 Tujuan keluarga berencana .....	25
2.4.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi keikutsertaan KB.....	26
2.4.4.1 Faktor predeposisi.....	28
2.4.4.1.1 Umur.....	28
2.4.4.1.2 Tingkat pendidikan.....	29
2.4.4.1.3 Tingkat pengetahuan.....	29
2.4.4.1.4 Jenis pekerjaan.....	29
2.4.4.1.5 Status ekonomi.....	30
2.4.4.2 Faktor pendukung.....	30
2.4.4.2.1 Paparan informasi keluarga berencana.....	30
2.4.4.2.2 Akses ke pelayanan keluarga berencana.....	31
2.4.4.2.3 Kebijakan pemerintah.....	31
2.4.4.3 Faktor pendorong.....	31
2.4.4.3.1 Peran serta suami.....	31
2.4.5 Manfaat KB.....	32
2.4.6 Macam metode kontrasepsi.....	34
2.4.6.1 Metode kontrasepsi sederhana.....	34
2.4.6.2 Metode kontrasepsi modern.....	34

2.4.6.2.1 Metode kontrasepsi hormonal.....	34
2.4.6.4 Metode kontrasepsi mantap.....	34
2.4.7 Peran BKKBN dalam pelaksanaan program jampersal.....	35
2.4.7.1 Kebijakan BKKBN dalam pelaksanaan program jampersal.....	35
2.4.7.2 Strategi BKKBN dalam pelaksanaan program jampersal.....	35
<b>BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN</b>	
<b>HIPOTESIS.....</b>	<b>36</b>
3.1 Kerangka teori.....	36
3.2 Kerangka konsep.....	37
3.3 Hipotesis.....	38
3.3.1 Hipotesis mayor.....	38
3.3.2 Hipotesis minor.....	38
<b>BAB IV METODE PENELITIAN.....</b>	<b>39</b>
4.1 Ruang lingkup penelitian.....	39
4.2 Tempat dan waktu penelitian.....	39
4.3 Jenis dan rancangan penelitian.....	39
4.4 Populasi dan sampel.....	40
4.4.1 Populasi target.....	40
4.4.2 Populasi terjangkau.....	40
4.4.3 Sampel.....	41
4.4.3.1 Kriteria inklusi.....	41
4.4.3.2 Kriteria eksklusi.....	41
4.4.4 Cara sampling.....	41
4.4.5 Besar sampel.....	41
4.5 Variabel penelitian.....	42
4.5.1 Variabel bebas.....	42
4.5.2 Variabel terikat.....	42
4.5.3 Variabel Perancu.....	42
4.6 Definisi operasional.....	42
4.7 Cara pengumpulan data.....	45
4.7.1 Alat.....	45



4.7.2 Jenis data.....	45
4.7.2.1 Data primer.....	45
4.7.2.2 Data Sekunder.....	45
4.8 Alur Penelitian.....	46
4.9 Pengelolaan dan analisis data.....	47
4.9.1 Pengelolaan data.....	47
4.9.2 Analisis data.....	48
4.9.2.1 Analisis univariat.....	48
4.9.2.2 Analisis bivariat.....	48
4.9.2.3 Analisis multivariat.....	49
4.10 Etika penelitian.....	49
4.11 Jadwal penelitian.....	50
<b>BAB V HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>51</b>
5.1 Analisis sampel.....	51
5.2 Pengujian instrumen.....	51
5.2.1 Validitas butir-butir pertanyaan.....	51
5.2.2 Realibel butir-butir pertanyaan.....	52
5.3 Analisis deskriptif.....	54
5.3.1 Umur.....	54
5.3.2 Jumlah anak.....	55
5.3.3 Keikutsertaan KB.....	56
5.3.4 Pilihan kontrasepsi.....	56
5.3.5 Waktu ber-KB.....	57
5.3.6 Alasan ber-KB.....	58
5.3.7 Tempat ber-KB.....	59
5.3.8 Penentuan ber-KB.....	60
5.3.9 Alasan tidak ber-KB.....	61
5.4 Analisis bivariat.....	62
5.4.1 Hubungan antara jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB.....	63
5.4.2 Hubungan antara peran serta suami terhadap keikutsertaan KB.....	64
5.4.3 Hubungan antara jenis pekerjaan terhadap keikutsertaan KB.....	65

5.4.4 Hubungan antara tingkat pendidikan terhadap keikutsertaan KB.....	66
5.4.5 Hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap keikutsertaan KB.....	67
5.4.6 Hubungan antara status ekonomi terhadap keikutsertaan KB.....	68
5.4.7 Hubungan antara paparan informasi KB terhadap keikutsertaan KB.....	69
5.5 Analisis multivariat.....	70
5.5.1 Analisis multivariat untuk mendapatkan variabel yang paling berpengaruh terhadap keikutsertaan KB.....	70
5.5.2 Hubungan antara Jampersal dengan keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan variabel perancu.....	71
BAB VI PEMBAHASAN.....	73
6.1 Pengaruh antara jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB  dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, jenis.....	74
6.2 Pengaruh antara jaminan persalinan terhadap dan keikutsertaan dengan mempertimbangkan paparan informasi KB, peran serta suami.....	77
6.3 Pengaruh antara peran serta suami terhadap keikutsertaan KB.....	73
VII SIMPULAN DAN SARAN.....	78
7.1 Simpulan.....	78
7.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80
LAMPIRAN.....	84

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tabel Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 2. Tabel Definisi Operasional.....	42
Tabel 3. Matriks jadwal penelitian.....	50
Tabel 4. Validitas butir – butir pertanyaan.....	51
Tabel 5. Realiabel butir – butir pertanyaan.....	53
Tabel 6. Distribusi umur.....	54
Tabel 7. Distribusi jumlah anak.....	55
Tabel 8. Distribusi frekuensi responden berdasarkan keikutsertaan KB.....	56
Tabel 9. Hubungan jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB.....	63
Tabel 10. Hubungan peran serta suami terhadap keikutsertaan KB.....	64
Tabel 11. Hubungan jenis pekerjaan terhadap keikutsertaan KB.....	65
Tabel 12. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan keikutsertaan KB.....	66
Tabel 13. Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keikutsertaan KB....	67
Tabel 14. Hubungan antara status ekonomi dengan keikutsertaan KB.....	68
Tabel 15. Hubungan antara Paparan Informasi KB terhadap keikutsertaan KB .....	69
Tabel 16. Hasil multivariat dengan regresi logistik ganda.....	70
Tabel 17. Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik ganda mendapatkan faktor – faktor yang berpengaruh secara signifikan	

terhadap keikutsertaan KB..... 70

Tabel 18. Hubungan antara Jampersal dengan keikutsertaan KB dengan  
mempertimbangkan variabel perancu..... 72

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Konsep determinan kematian ibu.....	13
Gambar 2. Empat pilar <i>safe motherhood</i> .....	15
Gambar 3. Kerangka teori.....	36
Gambar 4. Kerangka konsep.....	37
Gambar 5. Skema rancangan studi <i>cohort retrospective</i> .....	40
Gambar 6. Alur penelitian.....	46
Gambar 7. Gambaran distribusi jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor KB.....	56
Gambar 8. Gambaran distribusi waktu memutuskan menggunakan Kontrasepsi.....	57
Gambar 9. Gambaran distribusi alasan ber-KB.....	58
Gambar 10. Gambaran distribusi tempat ber-KB.....	59
Gambar 11. Gambaran distribusi penentuan KB.....	60
Gambar 12. Gambaran distribusi alasan tidak ber-KB.....	61

## DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Lahir
AKI	: Angka Kematian Ibu
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
HIV	: <i>Human Immundeficiency Virus</i>
IMR	: <i>Infant Mortality Rate</i>
Jampersal	: Jaminan Persalinan
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
MAL	: Metode Amenorrhoe Laktasi
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
MMR	: <i>Martenal Mortality Rate</i>
MOP	: Metode Operatif Pria
MOW	: Metode Operatif Wanita
N	: Jumlah
NAKES	: Tenaga Kesehatan
NKKBS	: Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera

NMR	: <i>Neonatal Mortality Rate</i>
PERSI	: Persatuan Rumah Sakit Indonesia
PKBRS	: Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit
PUS	: Pasangan Usia Subur
RISTI	: Resiko Tinggi
RISKESDA	: Riset Kesehatan Dasar
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SPSS	: <i>Statistical product and Service Solution</i>
UU	: Undang - undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih cukup tinggi. Penyebab kematian ibu yaitu terjadi 90% pada saat persalinan dan segera setelah persalinan dan segera setelah persalinan. Salah satu kendala penting yang dihadapi masyarakat untuk mengakses persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan adalah keterbatasan dan ketidaktersediaan biaya sehingga pemerintah berupaya memberikan kemudahan pembiayaan melalui Jaminan Persalinan (Jampersal). Namun apabila tujuan jampersal dapat tercapai jumlah penduduk Indonesia juga bertambah. Di satu sisi Indonesia mempunyai masalah dalam kependudukan. Oleh karena itu perlu diteliti mengenai pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB.

**Tujuan :** Mengetahui pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan keluarga berencana.

**Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cohort retrospective* dengan sampel adalah Ibu yang melahirkan di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dan bertempat tinggal di kecamatan Karanganom Klaten. Besar sampel yaitu 50 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *Convenient sampling*.

**Hasil :** Dengan analisa statistik multivariat menunjukan bahwa terdapat tidak terdapat pengaruh antara Jampersal terhadap keikutsertaan KB tanpa mempertimbangkan variabel perancu ( $p=0,380$ ). Terdapat pengaruh antara Jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan ( $p=0,01$ ), tingkat pendidikan ( $p=0,009$ ), jenis pekerjaan ( $p=0,009$ ), dan status ekonomi ( $p=0,009$ ). Peran serta suami terhadap keikutsertaan KB memiliki probabilitas sebesar 84.5%.

**Simpulan :** Tidak terdapat pengaruh Jampersal terhadap keikutsertaan KB tanpa mempertimbangkan variabel perancu. Jampersal berpengaruh terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, dan status ekonomi. Peran serta suami mempunyai pengaruh yang paling kuat terhadap keikutsertaan KB.

**Kata Kunci :** Jaminan Persalinan, Keluarga Berencana.



## ABSTRACT

**Background:** In Indonesia Angka Kematian Ibu/AKI or Maternal Mortality Rate and Angka Kematian Bayi/AKB or Neonatal Mortality Rate are still pretty high. About 90% of Maternal Mortality Rate causes happened at and after labor process. One of the most important problem in society to access a proper labor by paramedic in health facilities is insufficient fund so that the government tried to ease labor cost by giving Jaminan Persalinan (Jampersal) or labor insurance. But if the goals of Jampersal could be achieved, the number of Indonesian residents would be increased as well. In the other side, Indonesia had a population control problem. Therefore, it is needed to study the effect of Jampersal towards family planning participation.

**Aim :** To know the effect of Jampersal ( Labor Insurance) toward family planning participation.

**Methods:** This study is an observational analytic study with cohort retrospective approach in which the samples are mothers who gave birth in RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten and lived in Karanganyar Klaten area. The number of sample is 50 people collected with convenient sampling method.

**Result:** The statistical multivariate analysis showed that there had no effect between labor insurance towards family planning participation without considering confounding variable. There had an effect between labor insurance towards family planning participation considering the knowledge of family planning level ( $p=0,01$ ), education level ( $p=0,009$ ), occupation ( $p=0,009$ ), and economic status ( $p=0,009$ ). Husband involvement had an effect towards family planning participation with probability score as high as 84.5%.

**Conclusion:** There had no effect between labor insurance towards family planning participation without considering confounding variable Labor insurance had an effect towards family planning participation considering the knowledge of family planning level, education level, occupation, and economic status. Husband involvement had the most significant effect on family planning participation.

**Keywords:** Jaminan persalinan (labor insurance), Keluarga Berencana (family planning)

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan negara *ASEAN* lainnya. Menurut *World Health Organization (WHO)* memperkirakan bahwa ½ juta lebih kematian dari ibu setiap tahun terjadi di dunia, dan sekitar 174.000 kematian ibu terjadi di Asia Tenggara. *Martenal Mortality Rate (MMR)* di Asia Tenggara diperkirakan sebanyak 460 ibu meninggal setiap 1000 kelahiran dan diperkirakan 1/3 dari kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan melahirkan dapat dicegah jika perempuan mempunyai akses pada pelayanan kontrasepsi.<sup>1,2</sup>

Menurut data SDKI pada tahun 2007 kematian ibu karena kehamilan dan kelahiran, 228 kematian ibu per 100.000. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia mencapai 34 kematian bayi per 1.000 kelahiran . Angka tersebut merupakan angka kematian bayi di Indonesia tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota *ASEAN*, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand .<sup>3,4</sup>

Penyebab kematian ibu yaitu terjadi 90% pada saat persalinan dan segera setelah persalinan dan segera setelah persalinan antara lain pendarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi perineum ( 8 %), partus macet ( 5%), abortus (5%), dan lain – lain. Kematian Ibu juga diakibatkan beberapa faktor

resiko keterlambatan, diantaranya terlambat dalam pemeriksaan kehamilan, terlambat memperoleh pelayanan persalinan dari tenaga kesehatan, dan terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat dalam keadaan *emergency*. Menurut hasil Riskesdas 2010, persalinan oleh tenaga kesehatan pada kelompok sasaran miskin baru mencapai 69,3 sedangkan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan baru mencapai 55,4%. Salah satu kendala penting yang dihadapi masyarakat untuk mengakses persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan adalah keterbatasan dan ketidaktersediaan biaya. Hal ini menyebabkan banyak persalinan ditolong oleh tenaga non kesehatan dan dilakukan tidak di fasilitas kesehatan, sehingga untuk meningkatkan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dan untuk menurunkan AKI dari 228 per 100.000 dari kelahiran pada tahun 2007 menjadi 102 per 100.000 kelahiran pada tahun 2015 diperlukan berbagai upaya terobosan, yaitu meningkatkan akses masyarakat terhadap persalinan yang sehat, untuk itu pemerintah berupaya memberikan kemudahan pembiayaan melalui program yang dinamakan dengan Jaminan Persalinan. Menurut Kemenkes 2011 dengan kehadiran Jaminan Persalinan diharapkan dapat mengurangi terjadinya Tiga Terlambat tersebut sehingga dapat mengakselerasi tujuan *MDGs* 4 dan 5, yaitu menurunkan AKI hingga 102 per100.000 kelahiran hidup dan AKB hingga 23 per1.000 kelahiran.<sup>5,6</sup>

Jaminan persalinan merupakan program pemeriksaan kehamilan (*antenatal*), persalinan (*normal*), dan pemeriksaan masa nifas (*postnatal*) bagi seluruh ibu hamil yang belum mempunyai jaminan kesehatan serta bayi yang

dilahirkannya, bekerjasama dengan keluarga berencana (KB). Kebijakan pemerintah dengan adanya jaminan persalinan yaitu untuk memberikan kemudahan dalam akses pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, dengan menghilangkan hambatan finansial sehingga dapat menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.<sup>6,8</sup>

Apabila tujuan jampersal dapat tercapai, maka AKI dan AKB akan menurun sehingga jumlah ibu dan bayi akan bertambah dengan kata lain jumlah penduduk Indonesia juga bertambah. Namun, di satu sisi Indonesia mempunyai masalah dalam kependudukan menurut publikasi BPS pada bulan Agustus 2010, jumlah penduduk Indonesia berdasarkan hasil sensus ini adalah sebanyak 237.556.363 orang, yang terdiri dari 119.507.580 laki-laki dan 118.048.783 perempuan. Laju pertumbuhan penduduk Indonesia sebesar 1,49 persen per tahun. Dengan luas wilayah Indonesia yang sekitar 1.910.931 km<sup>2</sup>, maka rata-rata tingkat kepadatan penduduk Indonesia adalah sebesar 124 orang per km<sup>2</sup>. Dengan adanya laju pertumbuhan penduduk yang sangat cepat maka diperlukannya keluarga berencana.<sup>7</sup>

Menurut UU Kesehatan no 36 tahun 2009 bahwa keluarga berencana bagian dari penyelenggaraan upaya kesehatan, pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu dan terjangkau masyarakat, termasuk KB, pelayanan kesehatan dalam KB dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas dan pemerintah

bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan pelayanan KB yang aman, bermutu dan terjangkau oleh masyarakat.<sup>9</sup>

Target peserta KB baru di Klaten pada tahun 2011 ini mencapai 79,5% atau sebanyak 35.976 akseptor. Meski tergolong tinggi, namun angka ini masih ditingkatkan lagi dengan cara meningkatkan partisipasi masyarakat terkait pentingnya KB.<sup>10</sup>

Keluarga Berencana pasca persalinan adalah program strategis meningkatkan status kesehatan dan kelangsungan hidup ibu dan bayi. Pelayanan KB melalui Rumah Sakit pemerintah hanya 4,9 % ( 2007 ), turun 1,3 % dibanding tahun 2003. Saat ini pelayanan KB di rumah sakit hanya 7,1 %, padahal banyak peserta jampersal memilih melahirkan di RS pemerintah.<sup>11</sup>

Program Jampersal tidak mewajibkan para peserta jampersal untuk mengikuti KB masih berupa himbauan saja karena apabila diwajibkan akan berbenturan dengan hak – hak reproduksi sehingga peran Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dalam Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Persalinan 2011, yaitu hanya melakukan advokasi dan KIE/Konseling pelayanan keluarga berencana dalam jaminan persalinan secara berkesinambungan, penyediaan alat dan obat kontrasepsi, sarana pendukung pelayanan KB, serta penggerakan layanan KB, meningkatkan kompetensi provider dan pengelola pelayanan KB dalam jaminan persalinan, dan meningkatkan monitoring dan evaluasi pada program jaminan persalinan.<sup>8</sup>

Hal ini akan berhubungan dengan keikutsertaan KB oleh masyarakat terutama peserta jampersal sehingga dapat mencerminkan tingkat kesejahteraan dan dapat mempertimbangkan nilai anak dan keluarga dalam kaitannya dengan masalah sosial ekonomi. Untuk dapat meningkatkan penerimaan berbagai metode KB diperlukan adanya peran serta konselor KB.<sup>12</sup>

Selain Jampersal ada faktor – faktor lain yang mempengaruhi seseorang menjadi akseptor KB yaitu menurut penelitian Karinda D, 2011 tentang Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keikutsertaan sebagai akseptor Keluarga Berencana di Rumah Sakit pada pasien pasca persalinan dan pasca keguguran di RSUP dr SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN, didapatkan hasil bermakna untuk faktor persetujuan suami ( $p=0.001$ , OR 0.5,95% CI 0.0335-0.748), pekerjaan ( $p=0.011$ , OR=0.655,95%, CI=0.473-0.907) dan pendidikan ( $p=0.000$ , OR 2.544, 95% CI 1.497-4324). Persetujuan suami sangat berperan pada penentuan jenis alat kontrasepsi sedang dari sisi pasien sendiri pendidikan dan pekerjaan sangat mempengaruhi keikutsertaan melakukan KB.<sup>13</sup>

Menurut hasil pre survey yang penulis telah dilakukan sebelumnya di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro pada 23 Januari 2011 didapatkan hasil selama 8 bulan ( Mei hingga Desember 2011) diperoleh ibu melahirkan peserta jampersal 2480 orang dengan keikutsertaan KB 346 orang dan dari seluruh ibu yang tercatat sebagai peserta jampersal yang bertempat tinggal di kecamatan Karanganom Klaten diperoleh 119 orang dengan keikutsertaan KB sebesar 21 orang sehingga penulis akan melakukan penelitian di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dan kecamatan Karanganom Klaten.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka penulis ingin melakukan penelitian tentang Pengaruh Jaminan Persalinan Terhadap Keikutsertaan Keluarga Berencana.

## **1.2 Permasalahan penelitian**

Berdasarkan latar belakang penelitian di atas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian adalah “Adakah pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan keluarga berencana?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Mengetahui pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan keluarga berencana.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mengetahui pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan jenis pekerjaan.
2. Mengetahui pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan
3. Mengetahui pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan.
4. Mengetahui pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan status ekonomi.
5. Mengetahui pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan paparan informasi KB.

6. Mengetahui pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan peran serta suami.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Diharapkan dapat memberi informasi ilmiah tentang pengaruh penerimaan jaminan persalinan terhadap keikutsertaan keluarga berencana.

### **1.4.2 Manfaat praktis**

- 1) Bagi Dinas Kesehatan : penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai acuan untuk memberikan informasi kepada RS untuk dapat melakukan pendekatan untuk ber KB, dan dapat memperbaiki manajemen pelayanan kesehatan serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan persalinan.
- 2) Bagi peserta jampersal : dapat lebih memperhatikan pentingnya keikutsertaan dalam ber KB dan mendapatkan manfaat dari ber KB.
- 3) Bagi Pemerintah : dapat dijadikan acuan untuk mempertimbangkan dalam membuat kebijaksanaan pelayanan kesehatan persalinan.
- 4) Bagi peneliti yang lain : dapat dijadikan pedoman atau sebagai masukan peneliti selanjutnya.



## 1.5 Keaslian Penelitian

Sejauh pengetahuan peneliti belum pernah ada yang melakukan penelitian mengenai Pengaruh Jaminan Persalinan Terhadap Keikutsertaan Keluarga Berencana. Beberapa mengenai faktor – faktor yang mempengaruhi keikutsertaan program KB penelitian sebelumnya yang menjadi acuan peneliti, yaitu :

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul & Tahun penelitian	Metode	Hasil
1.	Karindra Dwiworo H	Analisis faktor – faktor yang mempengaruhi keikutsertaan sebagai akseptor Keluarga Berencana di Rumah Sakit (KBRs) pada pasien pascapersalinan dan pascakeguguran di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten ( 2010 )	Studi Kasus kontrol	Hasil penelitian menunjukkan bahwa selama 3 bulan (Januari-Maret 2010) diperoleh 546 persalinan vaginal maupun abdominal dan 92 kuretase. Dari 638 responden, 301 pasien bersedia menjadi akseptor KBRs, sedangkan 337 pasien menyatakan tidak bersedia. Didapatkan hasil bermakna untuk faktor persetujuan suami ( $p=0.001$ , OR 0.5,95% CI 0.0335-0.748), pekerjaan ( $p=0.011$ ,OR=0.655,95%, CI=0.473-0.907) dan

---

				pendidikan ( $p=0.000$ , OR 2.544, 95% CI 1.497-4324).
2.	Annisa Rahma Adhyani	Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Kontrasepsi Non IUD Pada Aksesor KB Wanita 20-39. (2011)	Observasional analitik dengan desain <i>cross sectional</i>	Dengan analisis statistik bahwa status ekonomi ( $p=0,039$ ) dan penerimaan informasi tentang KB ( $p=0,011$ ) memiliki hubungan yang signifikan terhadap pemilihan jenis kontrasepsi pada aksesor wanita usia 20-39 tahun.
3.	Ni'mal Baroya	Dampak Positif Perubahan Kebijakan Pembiayaan Keluarga Berencana Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Kontrasepsi Keluarga Miskin.(2010)	<i>Panel survei</i> dengan desain <i>cross sectional</i>	Berdasarkan SDKI 1997, presentasi unmet need KB pada wanita sangat miskin 24%, SDKI 2002- 2003 sebesar 19% dan 20% pada SDKI 2007. Peluang unmet need KB semakin besar pada wanita sangat miskin, tidak bersekolah, dan pengetahuan KB rendah. Sebelum penerapan kebijaksanaan JPS-KB dan ASKESKIN, peluang unmet need KB lebih besar 1,6 kali.

---

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yaitu dalam hal metode penelitian dan variabel yang diteliti. Dalam hal ini metode penelitian yang digunakan peneliti yaitu *cohort retrospective* sedangkan variabel bebas yang digunakan peneliti yaitu jaminan persalinan dan variabel terikat yang digunakan peneliti yaitu keikutsertaan keluarga berencana.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### ***2.1 Safe motherhood dan making pregnancy safer***

##### **2.1.1 Penyebab kematian dan kesakitan ibu dan bayi**

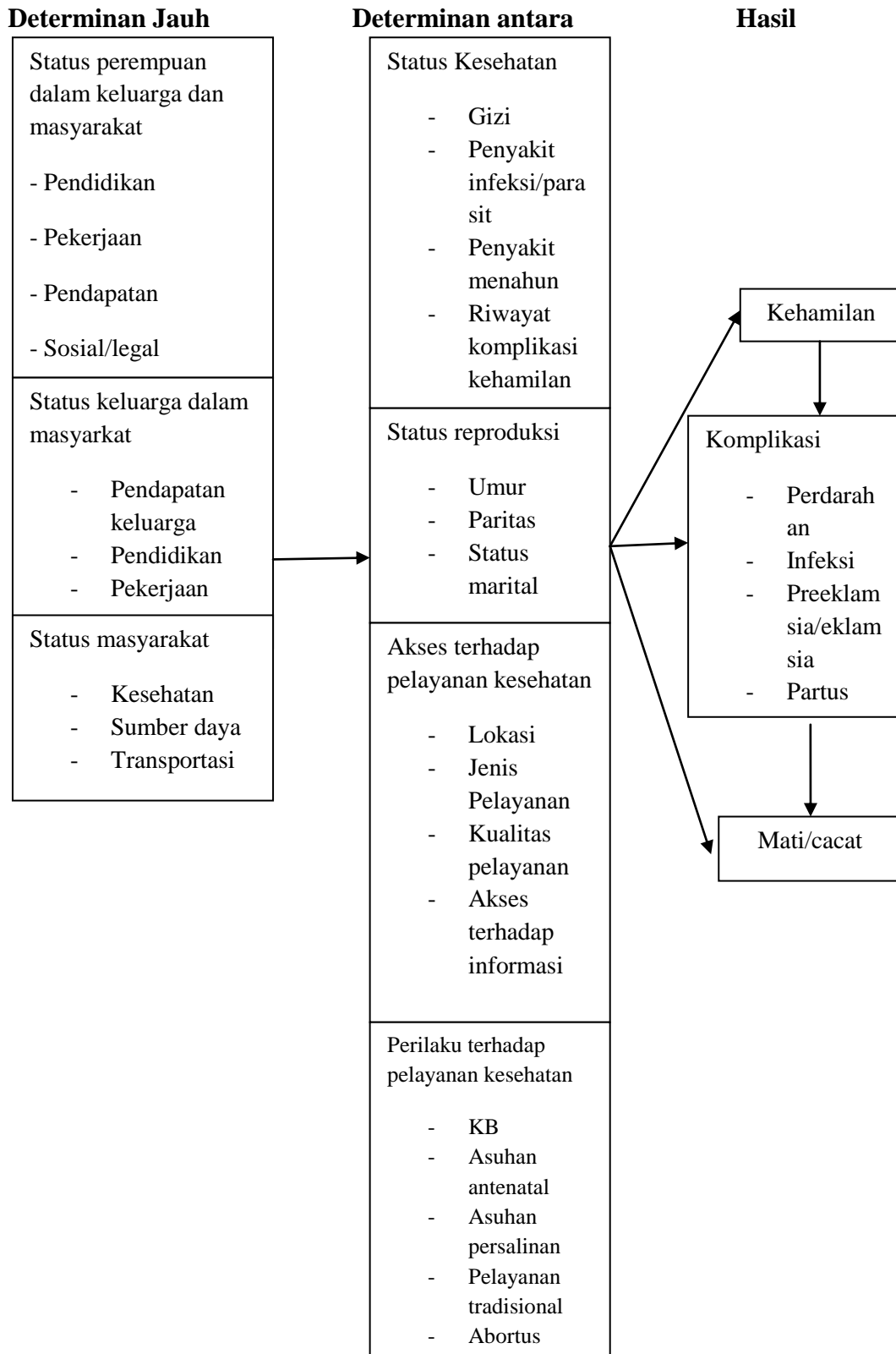
Penyebab kematian dan kesakitan ibu dan bayi telah dikenal sejak dahulu dan tidak berubah banyak. Penyebab kematian ibu adalah perdarahan postpartum, eklamsia, infeksi, aborsi tidak aman, partus macet, dan penyebab lainnya seperti kehamilan ektopik dan *mola hidatidosa*. Keadaan di atas diperkuat dengan kurang gizi, malaria, dan penyakit – penyakit lainnya seperti tuberkulosis, penyakit jantung, hepatitis, asma atau *HIV*. Pada kehamilan remaja sering terjadi komplikasi seperti anemia dan persalinan *preterm*. Sementara itu, terdapat berbagai barrier yang mengurangi akses memperoleh pelayanan kesehatan maternal bagi remaja, kemiskinan, kebodohan, kesenjangan hak asasi pada remaja perempuan, kawin pada usia muda, dan kehamilan yang tidak diinginkan.<sup>12</sup>

Kematian pada bayi baru lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya dan tidak tepatnya asuhan pada kehamilan dan persalinan, khususnya pada saat – saat kritis persalinan. Penyebab utama bayi baru lahir adalah infeksi ( tetanus, sepsis, meningitis, pneumonia, sifilis kongenital ), asfiksia, dan trauma sewaktu persalinan, prematuritas, dan atau berat bayi lahir rendah, dan kelainan bawaan. Konsumsi alkohol dan merokok merupakan penyebab kesakitan dan kematian ibu

dan bayi baru lahir yang seharusnya dapat dicegah. Ibu perokok berhubungan dengan komplikasi perdarahan, ketuban pecah dini, dan persalinan *preterm*. Juga dapat berakibat pertumbuhan janin terhambat, berat badan lahir rendah, serta kematian janin. Konsumsi alkohol berhubungan dengan abortus, lahir mati, prematuritas, dan kelainan bawaan (*fetal alcohol syndrom*).<sup>12</sup>

### **2.1.2 Determinan kematian ibu**

Terdapat 3 komponen dalam proses kehamilan ibu. Yang paling dekat dengan kematian dan kesakitan adalah kehamilan, persalinan, atau komplikasinya. Seorang perempuan harus hamil atau bersalin dahulu dan dapat digolongkan sebagai kematian ibu, komponen kehamilan, komplikasi atau kematian secara lengkap dipengaruhi oleh 5 determinan antara lain yaitu status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan, perilaku kesehatan, dan faktor lain yang tidak diketahui. Determinan antara lain dipengaruhi oleh determinan jauh yang digolongkan sebagai komponen sosioekonomi dan budaya.<sup>12</sup>



Gambar 1. Konsep Determinan Kematian Ibu.<sup>12</sup>

Berdasarkan kerangka konseptual ini, maka intervensi dapat dilakukan dengan mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan melakukan upaya KB, mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi dalam kehamilan, persalinan, atau masa nifas dengan melakukan asuhan antenatal dan persalinan bersih dan aman dan mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui Pelayanan Obstetri dan Neonatal Esensial Dasar dan Komprehensif.

Upaya ini yang dilandasi intervensi pada determinan antara dan determinan jauh dikenal sebagai 4 Pilar Upaya *Safe Motherhood* (gambar 2). Intervensi melalui bidang kesehatan mempunyai dampak langsung, sedangkan intervensi terhadap determinan lainnya mempunyai dampak menengah atau dampak jangka panjang.<sup>12</sup>



Gambar 2. Empat pilar *safe motherhood* <sup>12</sup>

*Making Pregnancy Safer* merupakan strategi sektor kesehatan yang ditujukan untuk mengatasi masalah kesehatan dan kesakitan ibu dan bayi. Strategi *MPS* merupakan tonggak sejarah yang menandai komitmen baru. *MPS* menegaskan kembali komitmen *WHO* terhadap Program *Safe Motherhood (SM)*. *MPS* bertujuan untuk menjamin agar *SM* tetap merupakan prioritas dalam agenda kesehatan dan pembangunan. Tujuan *Safe Motherhood* dan *Making Pregnancy Safer* sama, yaitu melindungi hak reproduksi dan hak asasi manusia dengan cara mengurangi beban kesakitan, kecacatan dan kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yang sebenarnya tidak perlu terjadi. <sup>12</sup>



## **2.2 Hak reproduksi**

Yang termasuk di dalam hak reproduksi adalah:

1. Hak semua pasangan dan individual untuk memutuskan dan bertanggung jawab terhadap jumlah, jeda dan waktu untuk mempunyai anak serta hak atas informasi yang berkaitan dengan hal tersebut.
2. Hak untuk mendapatkan kehidupan seksual dan kesehatan reproduksi yang terbaik serta hak untuk mendapatkan pelayanan dan informasi agar hal tersebut dapat terwujud; dan
3. Hak untuk membuat keputusan yang berkenaan dengan reproduksi yang bebas dari diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan.

### **2.2.1 Cara mewujudkan hak reproduksi**

Dengan memodifikasi program KB dan program kesehatan lainnya agar dapat memperluas jangkauan pelayanan terhadap perempuan yang mempunyai kebutuhan akan hal-hal yang berkaitan dengan masalah reproduksi dan kesehatan seksual. Secara intensif melatih dan memberikan supervisi kepada staf dan memberlakukan sistem - sistem yang memberikan kualitas pelayanan yang baik, tidak hanya terpaku kepada jumlah klien yang dapat dilayani. Merancang pelayanan yang menjaga hak-hak perempuan dan mendorong pemberdayaannya. Menyediakan informasi dan pelayanan terhadap perempuan yang lebih muda atau lebih tua dari usia reproduksi, tanpa melihat status perkawinannya. Mendorong dan mendukung peran laki-laki untuk ikut ambil bagian dalam pembagian

tanggung jawab terhadap tingkah laku seksual dan reproduksinya, masa kehamilan, kesehatan ibu dan anak, penjarangan kehamilan, infeksi PMS dan *HIV/AIDS* serta kekerasan dan mendukung penelitian untuk mengisi kesenjangan terhadap pengetahuan yang berkaitan dengan masalah teknologi dan pelayanan termasuk di dalamnya adalah *microbicides*, metode-metode untuk men-diagnosa PMS, pengobatan PMS yang terjangkau serta pelayanan kegawatdaruratan kebidanan.<sup>14</sup>

### **2.2.2 Prinsip hak reproduksi**

Beberapa prinsip yang harus digarisbawahi adalah program-program dan pelayanan harus dirancang sesuai dengan kondisi-kondisi yang ada dan menjamin bahwa pelayanan ini dapat dimanfaatkan dan dijangkau oleh seluruh perempuan, rancangan program dan penerapannya harus melibatkan perempuan dari berbagai latar belakang dan program harus mendukung baik laki-laki maupun perempuan dalam hal pembagian tanggung jawab dari tingkah laku seksual, masa subur, dan kesehatannya serta keberadaan pasangan dan anak-anaknya.<sup>14</sup>

### **2.2.3 Cara hak reproduksi dapat terjamin**

Agar hak reproduksi dapat terjamin yaitu dengan cara pemerintah, lembaga donor dan masyarakat harus mengambil langkah-langkah yang tepat untuk menjamin semua pasangan dan individu yang menginginkan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya terpenuhi. Hukum-hukum dan kebijakan-kebijakan harus dibuat dan dijalankan untuk mencegah diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan yang berhubungan dengan seksualitas dan masalah

reproduksi dan perempuan dan laki-laki harus bekerja sama untuk mengetahui haknya, mendorong agar pemerintah dapat melindungi hak-hak ini serta membangun dukungan atas hak-hak tersebut melalui pendidikan dan advokasi.<sup>14</sup>

#### **2.2.4 Manfaat pelayanan kesehatan reproduksi**

Pelayanan kesehatan reproduksi diperlukan untuk memenuhi kebutuhan perempuan sebagaimana mereka inginkan, serta mengetahui bahwa kebutuhan-kebutuhan ini sangat beragam dan saling terkait satu dengan yang lain. Hak Reproduksi maupun akses untuk mendapatkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi adalah penting, sehingga perempuan dapat mempunyai pengalaman dalam kehidupan seksual yang sehat, terbebas dari penyakit, kekerasan, ketidakmampuan, ketakutan, kesakitan, atau kematian yang berhubungan dengan reproduksi dan seksualitas. Mengatur kehamilannya secara aman dan efektif sesuai dengan keinginannya, menghentikan kehamilan yang tidak diinginkan, dan menjaga kehamilan sampai waktu persalinan. Mendorong dan membesarkan anak-anak yang sehat seperti juga ketika mereka menginginkan kesehatan bagi dirinya sendiri.<sup>14</sup>

## **2.3 Jaminan persalinan ( Jampersal )**

### **2.3.1 Pengertian jaminan persalinan**

Jaminan Persalinan ( Jampersal ) adalah jaminan pembiayaan yang digunakan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinaan dan pelayanan bayi baru lahir.<sup>6</sup>

### **2.3.2 Tujuan jaminan persalinan**

Pemerintah mempunyai program Jampersal, ini mempunyai tujuan untuk menjamin akses pelayanan persalinan yang dilakukan oleh dokter atau bidan dalam rangka menurunkan angka kematian ibu ( AKI ) dan angka kematian bayi ( AKB ). Kematian ibu diakibatkan beberapa faktor resiko keterlambatan (Tiga Keterlambatan), diantaranya terlambat dalam pemeriksaan kehamilan, terlambat dalam memperoleh pelayanan persalinan dari tenaga kesehatan, dan terlambatan sampai di fasilitas kesehatan pada saat dalam keadaan emergensi. Salah satu upaya pencegahannya adalah melakukan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan melalui kebijakan jaminan persalinan. Harapannya dengan program jampersal ini dapat meningkatkan cakupan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan, meningkatnya cakupan pelayanan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan, meningkatnya cakupan KB pasca persalinan, meningkatnya cakupan penanganan komplikasi ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.<sup>6</sup>

### **2.3.3 Manfaat jaminan persalinan**

Manfaat Jampersal bagi masyarakat salah satunya yaitu biaya pelayanan kesehatan dijamin oleh pemerintah, dalam hal ini ibu-ibu yang hendak melahirkan akan mendapat pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan dan bagi ibu pasca persalinan berhak mendapatkan pelayanan KB. Manfaat Jampersal bagi tenaga kesehatan yang tidak kalah pentingnya yaitu dapat mendukung program pemerintah dalam rangka menurunkan angka kematian ibu ( AKI ) dan angka kematian bayi ( AKB ).<sup>1,6</sup>

### **2.3.4 Sasaran jaminan persalinan**

Sasaran Jampersal meliputi Ibu hamil, Ibu bersalin, Ibu nifas sampai 42 hari pasca melahirkan, Bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari.<sup>6</sup>

### **2.3.5 Kebijakan operasional jampersal**

1. Pengelolaan Jampersal dilakukan pada setiap jenjang pemerintahan dari pusat sampai kabupaten.
2. Kepersertaan Jampersal merupakan perluasan kepesertaan dari jamkesmas, yang terintegrasi dan dikelola mengikuti tata kelola dan manajemen Jamkesmas.
3. Peserta program Jampersal adalah seluruh sasaran yang belum memiliki jaminan untuk pelayanan persalinan.
4. Peserta Jampersal dapat memanfaatkan pelayanan dari tingkat puskesmas sampai tingkat lanjutan ( Rumah Sakit ) di kelas III.

5. Pelaksanaan pelayanan Jampersal mengacu pada standar pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak ( KIA ).
6. Pembayaran atas pelayanan Jampersal dilakukan dengan cara klaim oleh fasilitas kesehatan.
7. Pelayanan Jampersal diselenggarakan dengan prinsip *portabilitas*, dengan demikian Jampersal tidak mengenal batas wilayah.
8. Pelayanan Jampersal diberikan secara terstruktur berjenjang berdasarkan sistem rujukan.<sup>6</sup>

#### **2.3.6 Ruang lingkup jaminan persalinan**

Ada dua ruang lingkup jaminan persalinan yang dilakukan secara terstruktur dan berjenjang berdasarkan rujukan, yaitu :

##### **a) Pelayanan persalinan tingkat pertama**

Pelayanan persalinan tingkat pertama adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berwenang memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk KB pasca persalinan, pelayanan bayi baru lahir, termasuk pelayanan persiapan rujukan pada saat terjadinya komplikasi ( kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir) tingkat pertama.

Jenis pelayanan Jaminan persalinan di tingkat pertama meliputi:

1. Pemeriksaan kehamilan

2. Pertolongan persalinan normal
3. Pelayanan nifas, termasuk KB pasca persalinan
4. Pelayanan bayi baru lahir
5. Penanganan komplikasi pada kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir.

b) Pelayanan Persalinan Tingkat Lanjutan

Pelayanan persalinan tingkat lanjutan adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan spesialis, terdiri dari pelayanan kebidanan dan neonatus kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi dengan resiko tinggi dan komplikasi, di rumah sakit pemerintah dan swasta yang tidak dapat ditangani pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan dilaksanakan berdasarkan rujukan kecuali pada kondisi kedaruratan. Pelayanan tingkat lanjutan ini di Rumah Sakit pemerintah maupun swasta yang mempunyai perjanjian kerjasama dengan Tim Pengelola Kabupaten/ Kota akan diberikan fasilitas perawatan kelas III

Menurut Kemkes tahun 2011, Jenis pelayanan persalinan di tingkat lanjutan meliputi :

1. Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi (RISTI) dan penyulit

2. Pertolongan persalinan dengan RISTI dan penyulit yang tidak mampu dilakukan di pelayanan tingkat pertama
3. Penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir di Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang setara.<sup>6</sup>

## **2.4 Keluarga berencana**

### **2.4.1 Pengertian keluarga berencana**

Pengertian secara umum Keluarga Berencana adalah suatu usaha yang mengatur banyaknya jumlah kelahiran sedemikian rupa sehingga bagi ibu maupun bayi dan bagi ayah serta keluarganya atau masyarakat yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kelahiran tersebut.

Pengertian khusus Keluarga Berencana dalam kehidupan sehari-hari berkisar dan pencegahan konsepsi atau pencegahan terjadinya pembuahan atau mencegah pertemuan antara sel mani dari laki-laki dan sel telur dari wanita.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional ( BKKBN ) telah membuka kembali layanan KB di rumah sakit dimana bekerja sama dengan Persatuan Rumah Sakit Indonesia ( PERSI ). Berdasarkan data yang ada bahwa pelayanan KB di rumah sakit ( PKBRS ) saat ini telah mengalami penurunan, dibanding era tahun 1980-1990, bahkan keberhasilannya sampai tingkat Asean.<sup>11</sup>

### **2.4.2 Kebijakan program keluarga berencana/ kependudukan**

Masalah kependudukan berkembang menjadi masalah dunia atau global karena dapat merupakan faktor – faktor gangguan sosial ekonomi dan sosial



politik. Inilah sebabnya dunia internasional menaruh perhatian terhadap program KB sebagai bagian dari kebijakan kependudukan dunia dan mengharapkan KB mendapatkan prioritas dalam pengupayakan peningkatan kesejahteraan dalam pembangunan nasional.<sup>12</sup>

Program KB merupakan salah satu komponen pembangunan untuk meningkatkan sumber daya manusia. Perubahan yang diupayakan melalui program KB diupayakan dengan pesan sesederhana mungkin, yaitu memperdayakan pengertian NKKBS atau Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera. Pengertian ini disederhanakan lagi yaitu mengupayakan kesadaran kesehatan reproduksi. Dengan memahami makna berkeluarga kecil yang bermanfaat bagi setiap keluarga dalam upaya menciptakan kebahagiaan dan kesejahteraan dalam kehidupannya, sehingga dapat memberi sumbangan yang sangat berarti dalam pembangunan bangsa.<sup>12</sup>

Pengendalian kelahiran diarahkan agar pemerintah dapat memenuhi kebutuhan hidup masyarakat semakin baik, distribusi penduduk antar wilayah agar terjadi keseimbangan dengan daya dukung alam dan keamanan dari intervensi luar, dan penurunan angka kematian agar Indonesia masuk dalam kelompok negara maju ditinjau dari aspek kesehatan dan kesejahteraan rakyatnya. Karena itu setiap pemecahan masalah harus dilakukan melalui kebijaksanaan strategis agar permasalahannya dapat diatasi baik pemerintah maupun masyarakat secara bersama – sama. Dalam upaya mengatasi laju penduduk akibat angka kelahiran dapat dilakukan sekurang – kurangnya melalui dua langkah pilihan yaitu yang pertama adalah keberhasilan pembangunan bidang ekonomi dan

kesejahteraan sosial akan berpengaruh terhadap pendidikan, kesehatan, lapangan kerja, dan fasilitas lain untuk peningkatan kualitas kesejahteraan penduduk. Penduduk yang memiliki kualitas pendidikan, buday kerja keras, maju, dan mandiri,akhirnya akan mempertimbangkan sendiri tentang usia kawin yang ideal,jumlah anak yang diharapkan, dan pola hidup keluarga yang direncanakan. Pola pikir, pola sikap dan perilaku sumber daya manusia yang terdidik maju dan mandiri akan mendorong setiap keluarga akan merencanakan keluarga dan melaksanakan keluarga berencana dengan sukarela. Pemerintah berkoordinasi dengan masyarakat dalam melaksanakan program KB. Di Indonesia program KB menggunakan model pendekatan komunikasi yang persuasif dan edukatif dan pemberdayaan masyarakat.<sup>12</sup>

Langkah pilihan kedua yaitu laju pertumbuhan ekonomi untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat dicapai melalui program pengendalian laju pertumbuhan penduduk, dengan menekan angka kelahiran dalam setiap keluarga. Pelaksanaan program KB yang dilaksanakan dan dikoordinasikan oleh pemerintah, menjadikan statusnya sebagai program nasional.<sup>15</sup>

### **2.4.3 Tujuan keluarga berencana**

Tujuan Pembangunan Millenium / *MDG* adalah untuk mencapai target *milleneum Development Goals ( MDG's )* pada tahun 2015 untuk menurunkan AKI : 102/100.000 kelahiran dari 228/100.000 kelahiran dan menurunkan AKB : 23/100.000 kelahiran dari 34/100.000 kelahiran, sehingga manfaat KB dalam mencapai target *MDG's* yaitu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan

sehingga dampaknya dapat mencegah setidaknya 1 dari 4 kematian ibu dan jarak kelahiran yang memadai setidaknya lebih dari 2 tahun sehingga dapat mencegah 1 dari 4 kematian bayi. Untuk mencapai semua itu diperlukan strategi kontrasepsi pasca persalinan melalui program Jampersal dan perencanaan keluarga dimana perlu mengetahui bahwa wanita dapat melahirkan segera setelah ia mendapatkan haid yang pertama, kesuburan wanita akan terus berlangsung sampai menopause, kehamilan dan kelahiran terbaik, artinya resiko paling rendah untuk ibu dan anak adalah antara 20-35 tahun, persalinan pertama dan kedua paling rendah risikonya dan jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2-4 tahun. Sedangkan tujuan program KB secara filosofis adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia dan terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.<sup>9,16,17</sup>

#### **2.4.4 Faktor – faktor keikutsertaan keluarga berencana**

Menurut Teori Lawrence Green yang mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor :

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factor*) yang terwujud dalam pengetahuan , sikap, nilai, keyakinan, dan persepsi yang berkenaan

dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak. Dalam arti umum kita dapat mengatakan faktor predisposisi sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok kedalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku kesehatan, dalam setiap kasus, faktor ini mempunyai pengaruh. Meskipun berbagai faktor demografis seperti status sosio ekonomi, umur, jenis kelamin dan ukuran keluarga saat ini juga penting sebagai faktor predisposisi.

2. Faktor Pendukung (*Enabling Factor*) mencakup berbagai ketrampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan berbagai ketrampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, keterjangkauan berbagai sumber daya, jarak, biaya, ketersediaan transportasi, jam buka dan sebagainya.
3. Faktor pendorong (*Reinforcing Factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat, apakah pendorong itu positif atau negative bergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan, yang sebagian diantaranya lebih mendorong daripada yang lain dalam mempengaruhi perilaku<sup>18</sup>

Faktor –faktor yang mempengaruhi keikutsertaan sebagai akseptor Keluarga Berencana yaitu :

#### **2.4.4.1 Faktor predeposisi**

##### **2.4.4.1.1 Umur**

Umur merupakan salah satu faktor intrinsik yang berhubungan dengan struktur organ, fungsi faaliah, komposisi biokimiawi, dan sistem hormonal. Umur berpengaruh terhadap pemilihan jenis kontrasepsi, karena pemilihan kontrasepsi ini disesuaikan dengan tahapan reproduksi. Terdapat tiga masa yaitu :

a. Masa menunda/ mencegah kehamilan

Masa ini ditandai oleh pasangan usia subur (PUS) dengan umur istri kurang dari 20 tahun. Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu punya reversibilitas yang tinggi dan efektivitas yang tinggi. Kontrasepsi yang sesuai dengan proritas yaitu pil KB.

b. Masa mengatur kesuburan/ menjarangkan kehamilan

Masa ini ditandai oleh pasangan usia subur (PUS) dengan umur istri 20 - 30 tahun. Ciri – ciri kontrasepsi ini adalah reversibilitas cukup tinggi, efektivitas cukup tinggi dapat dipakai 2-4 tahun dan tidak menghambat ASI. Kontrasepsi yang sesuai adalah AKDR,suntikan, susuk KB dan pil KB.

c. Masa mengakhiri kesuburan

Masa ini ditandai dengan usia istri diatas 30 tahun. Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektivitas sangat tinggi dapat dipakai dalam jangka panjang. Kontrasepsi yang sesuai yaitu kontrasepsi mantap, AKDR, susuk KB (implan),diapragma dan suntikan.<sup>19</sup>

#### **2.4.4.1.2 Tingkat pendidikan**

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan dalam penerimaan informasi, pengetahuan, dan persepsi seseorang. Menurut Ni'mal Baroya dalam penelitiannya wanita yang berpendidikan tinggi lebih mudah menerima informasi dan pengetahuan tentang kontrasepsi sehingga memahami manfaat pemakaian kontrasepsi. Dengan demikian seorang wanita yang memiliki pendidikan yang tinggi lebih berpeluang mengikuti program KB daripada tingkat pendidikan yang rendah.<sup>20</sup>

#### **2.4.4.1.3 Tingkat pengetahuan**

Menurut Notoatmodjo, pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan itu terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar penginderaan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.<sup>21</sup>

Menurut Ni'mal baroya dalam penelitiannya pengetahuan sangat berpengaruh dalam penerimaan akseptor KB dalam menentukan bersedia atau tidak bersedia menggunakan KB dan memilih alat kontrasepsi yang tepat.

#### **2.4.4.1.4 Jenis pekerjaan**

Berdasarkan penenilitian Ni'mal baroya meningkatnya tingkat pendidikan wanita akan meningkatkan kesempatan untuk bekerja dan berkarier sehingga mengurangi keinginan untuk memiliki jumlah anak yang lebih banyak. Sehingga

wanita karier lebih berpeluang mengikuti program KB daripada ibu rumah tangga.<sup>13, 20</sup>

#### **2.4.4.1.5 Status ekonomi**

Status ekonomi sangat berpengaruh dalam memutuskan mengikuti program KB dan dalam memutuskan pemilihan kontrasepsi yang digunakan. Biaya sering menjadi hambatan dan memanfaatkan pelayanan di negara berkembang. Menurut Wagstaff dalam penelitiannya memberikan penegasan bahwa wanita dengan status ekonomi lebih baik mempunyai kesempatan lebih banyak dalam menentukan metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya dan lebih otonom dalam mengambil keputusan tentang pengaturan fertilitasnya.<sup>22</sup>

#### **2.4.4.2 Faktor pendukung**

##### **2.4.4.2.1 Paparan informasi keluarga berencana**

Menurut hasil penelitian dari Schoemaker wanita yang terpapar informasi KB dari beberapa media atau satu media lebih berpeluang mengikuti program KB dan memakai kontrasepsi daripada yang tidak terpapar. Media massa mempunyai kekuatan mencapai target sasaran lebih cepat dan cakupan lebih luas. Pemanfaatan media massa untuk perubahan perilaku ber-KB pada target penduduk memerlukan proses bertahap melalui merencanakan dan desain yang tepat. Menurut Noar pada penelitiannya menyebutkan media massa berpengaruh kuat terhadap kesadaran, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi melalui program pendidikan dan hiburan berbeda. Orang – orang yang terpapar informasi baru, ide, dan nilai – nilai yang berhubungan dengan kontrasepsi dan pengendalian fertilitas, kesadarannya akan

meningkat bahkan beberapa dari mereka memutuskan untuk menggunakannya.<sup>23,24</sup>

#### **2.4.4.2.2 Akses ke pelayanan keluarga berencana**

Salah satu faktor penghambat kontrasepsi adalah buruknya akses ke pelayanan KB. Akses menentukan individu kontak dengan petugas KB sementara kualitas pelayanan mempengaruhi individu dalam memutuskan menerima dan melanjutkan pemakaian kontrasepsi.<sup>20</sup>

#### **2.4.4.2.3 Kebijakan pemerintahan**

Menurut penelitian Wagstaff, kebijakan kesehatan pada tingkat makro dan mikro harus diimplementasikan melalui sistem kesehatan yang terdiri atas sektor pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan. Pada sektor kesehatan harus memperhatikan ketersediaan, aksesibilitas, harga dan kualitas. Salah kebijakan pemerintah yang mempengaruhi ketersediaan pasangan suami istri untuk mengikuti program KB adalah Jaminan Persalinan, yaitu jaminan pembiayaan yang digunakan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir.<sup>22</sup>

#### **2.4.4.3 Faktor pendorong**

##### **2.4.4.3.1 Peran serta suami**

Seseorang istri dalam memutuskan mengikuti program KB harus mendapatkan persetujuan dari suami, karena suami dianggap sebagai kepala keluarga, pencari nafkah dan seseorang yang dapat membuat keputusan dalam



suatu keluarga. Peran suami juga sangat penting dalam mengarahkan kontrasepsi yang sesuai dan memotivasi seorang istri dalam menjalani program KB.<sup>19,25</sup>

#### **2.4.5 Manfaat KB**

Program KB merupakan salah satu program dalam menurunkan AKI dan AKB, yaitu mencegah kehamilan dan mengatur kelahiran dapat menurunkan resiko kematian pada Ibu dan bayi. Ada keadaan” 4 terlalu” atau “4 too’s” yang menimbulkan kehamilan resiko tinggi, yaitu Terlalu muda/ *too young* yaitu wanita dengan usia kurang dari 18 tahun mempunyai resiko kematian pada ibu atau kematian pada bayi karena wanita yang berusia kurang dari 18 tahun masih dalam usia pertumbuhan dan panggulnya terlalu kecil untuk melahirkan. Selain itu dari sisi biologis dan psikologis yang belum siap sehingga dapat resiko kematian bayi cenderung meningkat. Yang kedua yaitu terlalu tua/ *too old* yaitu wanita yang berusia lebih dari 35 tahun juga masuk dalam kriteria resiko tinggi karena wanita berusia 35 tahun mempunyai problem kesehatan seperti hipertensi, diabetes militus, anemia, penyakit jantung, dan penyakit kronis lainnya. Yang ketiga dan keempat yaitu terlalu banyak/ *too many* dan terlalu dekat jaraknya/*too close*. Kehamilan atau paritas lebih dari 4 anak dengan jarak yang terlalu dekat yaitu 2 tahun mempunyai resiko berat bayi lahir rendah, asupan nutrisinya kurang, waktu/lama menyusui berkurang, lebih sering terkena penyakit, tumbuh kembang anak menjadi lambat. Sehingga dapat memperbaiki kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek dan dapat meningkatkan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan

oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan yang lain.

Manfaat bagi anak yang dilahirkan yaitu anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandung masih sehat. Sesudah lahir, anak mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan. Manfaat bagi anak – anak lain yaitu memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga. Perkembangan mental dan sosial anak dapat menjadi lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber – sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup.

Manfaat bagi ayah yaitu memberikan kesempatan kepadanya agar dapat memperbaiki kesehatan fisiknya dan memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak untuk keluarga.

Manfaat untuk seluruh keluarga yaitu kesehatan fisik, mental, sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh anggota keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan.<sup>17</sup>

## **2.4.6 Macam metode kontrasepsi**

### **2.4.6.1 Metode kontrasepsi sederhana**

Metode Kontrasepsi sederhana ini terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat terdiri dari Pantang Berkala, Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptomaternal. Sedangkan pada metode kontrasepsi dengan alat terdiri dari kondom, diaphragma, cup serviks, dan spermisida.<sup>17</sup>

### **2.4.6.2 Metode kontrasepsi modern**

#### **2.4.6.2.1 Metode kontrasepsi hormonal**

Metode kontrasepsi hormonal ini terdiri dari 2 yaitu kombinasi pil KB, AKDR, suntik KB, dan susuk KB.<sup>17</sup>

#### **2.4.6.2.2 Metode kontrasepsi mantap**

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong dan mengikatsaluran tuba / tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP seing dikenal dengan vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak terejakulasi.<sup>17</sup>

## **2.4.7 Peran BKKBN dalam pelaksanaan program jampersal**

### **2.4.7.1 Kebijakan BKKBN dalam pelaksanaan program jampersal**

- 1) Advokasi dan KIE pelayanan KB dalam Jampersal secara berkesinambungan.
- 2) Penyediaan alat dan obat kontrasepsi, sarana pendukung pelayanan KB serta penggerakan layanan KB.
- 3) Meningkatkan kompetensi provider dan pengelola pelayanan KB dalam Jampersal.
- 4) Meningkatkan monitoring dan evaluasi.<sup>26</sup>

### **2.4.7.2 Strategi BKKBN dalam pelaksanaan program jampersal**

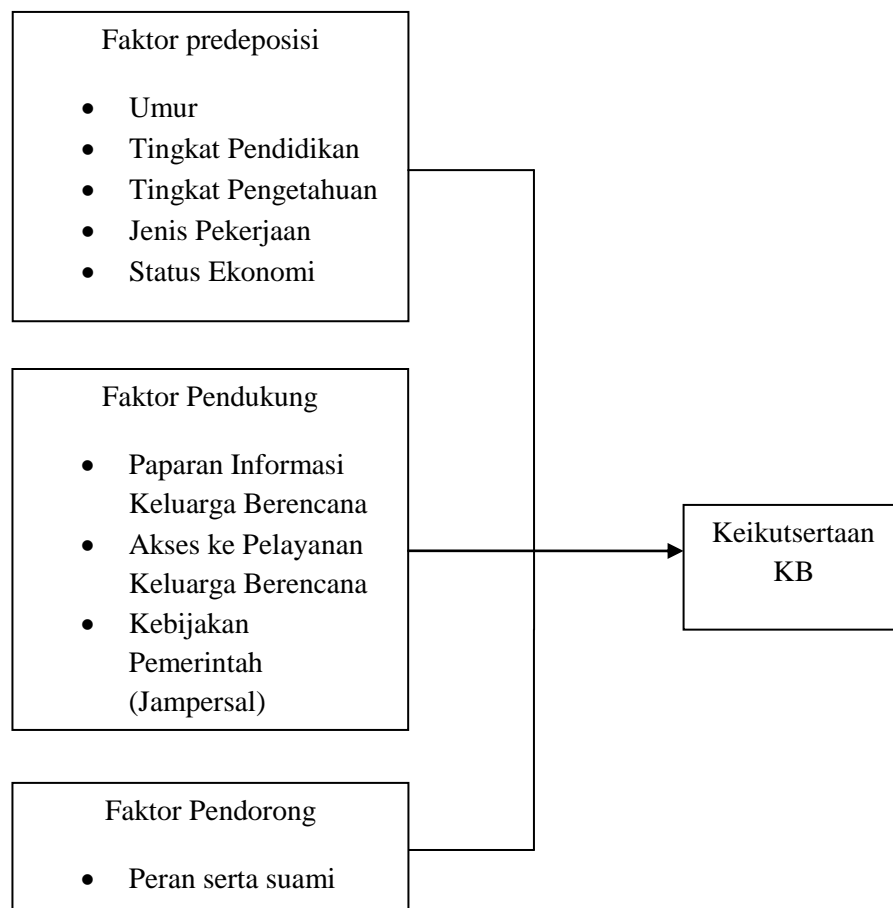
- 1) Memaksimalkan permintaan masyarakat terhadap pelayanan KB dalam Jampersal (*Demand Side*).
- 2) Memberdayakan fasilitas pelayanan KB dalam Jampersal (*Supply Side*).
- 3) Memperkuat sinergitas pelayanan KB dalam Jampersal.<sup>26</sup>

## BAB III

### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka teori

Berdasarkan teori *Lawrence green*, maka disusun kerangka teori sebagai modifikasi model *Lawrence green* yaitu sebagai berikut<sup>18</sup> :



Gambar 3. Kerangka teori

Ada beberapa variabel bebas yang dielaborasi yaitu

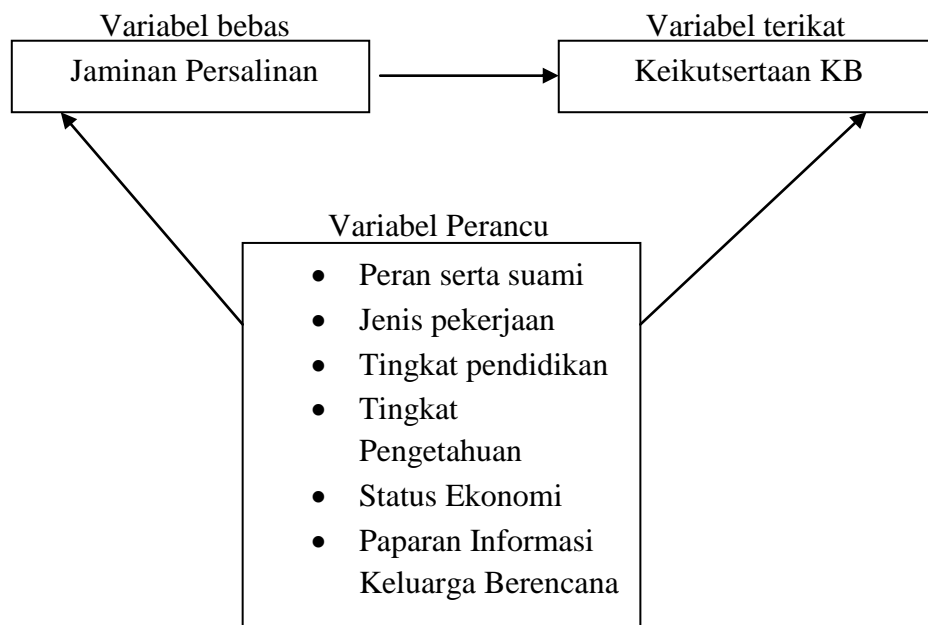
1) Umur

Pada penelitian ini rata – rata umur responden yaitu 18 – 40 tahun.

2) Akses ke pelayanan kesehatan

Pada penelitian ini diadakan pada kecamatan yang sama yaitu kecamatan Karanganom Klaten, sehingga akses ke pelayanan kesehatan sama.

### 3.2 Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka konsep

### **3.3 Hipotesis**

#### **3.3.1 Hipotesis mayor**

Terdapat pengaruh jaminan persalinan terhadap keikutsertaan keluarga berencana.

#### **3.3.2 Hipotesis minor**

7. Terdapat pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan jenis pekerjaan.
8. Terdapat pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pendidikan
9. Terdapat pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan.
10. Terdapat pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan status ekonomi.
11. Terdapat pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan paparan informasi KB.
12. Terdapat pengaruh jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan peran serta suami.



## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Ruang lingkup penelitian**

Ruang lingkup keilmuan mencakup bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kebidanan dan Kandungan.

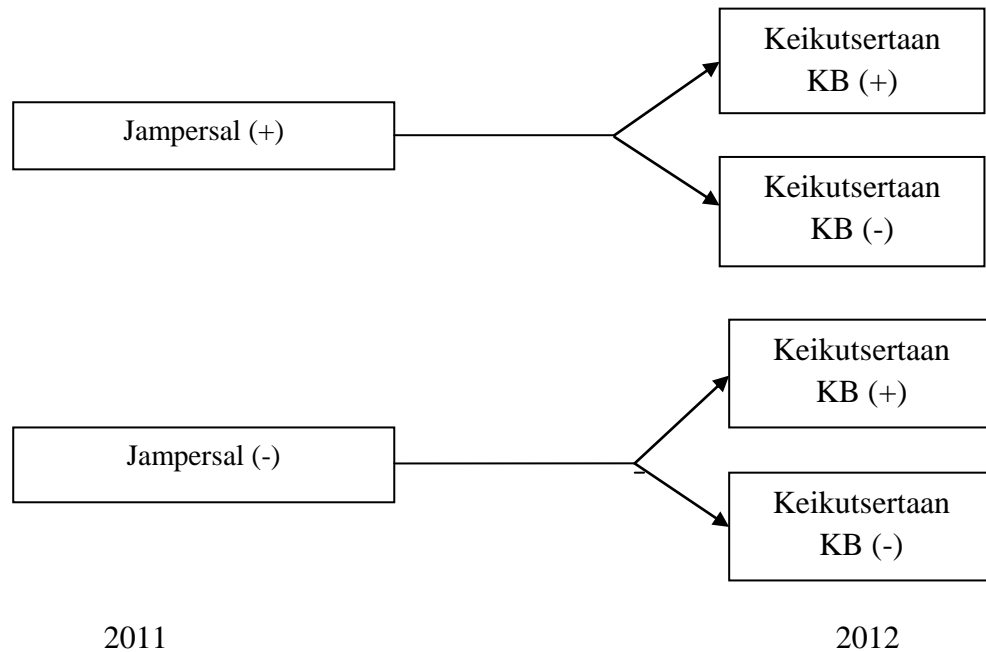
#### **4.2 Tempat dan waktu penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dan Kecamatan Karangnom Klaten dan akan dilaksanakan pada bulan Maret sampai Juli 2012 .

#### **4.3 Jenis dan rancangan penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cohort retrospective* . Kekuatan studi *cohort* ini adalah kesesuaian dengan logika studi eksperimental dalam membuat intervensi kausal, yaitu penelitian dimulai dengan menentukan faktor penyebab (anteseden) diikuti dengan akibat (konsekuen), peneliti juga dapat menghitung laju insidensi yaitu menentukan insidens dan perjalanan penyakit atau efek yang diteliti <sup>27</sup>





Gambar 5. Skema rancangan desain *cohort retrospective*.<sup>27</sup>

#### 4.4 Populasi dan sampel

##### 4.4.1 Populasi target

Populasi target adalah semua ibu yang melahirkan

##### 4.4.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah semua ibu yang melahirkan di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dan bertempat tinggal di kecamatan Karanganom Klaten.

#### 4.4.3 Sampel penelitian

Sampel penelitian adalah semua ibu yang melahirkan yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

##### 4.4.3.1 Kriteria inklusi

- 1) Ibu yang melahirkan di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dan bertempat tinggal di kecamatan Karanganom Klaten.
- 2) Bersedia diwawancarai sesuai dengan *informed consent*.

##### 4.4.3.2 Kriteria eksklusi

- 1) Dalam pendataannya terdapat informasi yang tidak lengkap.
- 2) Responden pindah tempat tinggal di luar kecamatan Karanganom Klaten

#### 4.4.4 Cara pengambilan sampel

Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini secara *Convenient sampling* adalah semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan dipenuhi.<sup>27</sup>

#### 4.4.5 Besar sampel

Besar sampel untuk dua kelompok tidak berpasangan untuk studi *cohort* dihitung berdasarkan rumus yaitu:<sup>27</sup>

$$n_1 = n_2 = \frac{(z\alpha\sqrt{2PQ} + z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dari rumus perhitungan besar sampel tersebut, didapat sampel penelitian minimal 22 orang. Besar sampel dibulatkan menjadi 25 orang setiap kelompok karena untuk mengantisipasi adanya *drop out* dan karena terdapat 2 kelompok menjadi 50 orang.

#### 4.5 Variabel penelitian

**4.5.1 Variabel bebas** : Jaminan Persalinan

**4.5.2. Variabel terikat** : Keikutsertaan KB.

**4.5.3 Variabel perancu** : Peran serta suami, Jenis pekerjaan, Tingkat pendidikan, Tingkat pengetahuan, Status ekonomi, Paparan informasi keluarga berencana.

#### 4.6 Definisi operasional variabel

Tabel 2. Definisi operasional variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Skala dan cara pengukuran
1.	Jaminan Persalinan	Jaminan Persalinan adalah jaminan pembiayaan yang digunakan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir	Skala : nominal Nilai 0 : Tidak penerima Jampersal Nilai 1 : Penerima Jampersal Cara pengukurannya : semua ibu yang melahirkan dan pada saat melahirkan di RS dicatat

---

			di dalam buku register RS kemudian peneliti mencatat pada lembar observasi.
2.	Keikutsertaan Keluarga Berencana	Keikutsertaan Keluarga Berencana setelah melahirkan berupa KB modern yang terdiri dari yang terdiri dari kontrasepsi hormonal ( Pil KB, Suntikan KB, AKDR, Susuk KB) dan kontrasepsi mantap (MOW dan MOP)	Skala : nominal Nilai 1 : Mengikuti KB Nilai 0 : Tidak mengikuti KB Cara pengukurannya dengan mencatat di lembar kuesioner
3	Peran serta suami	Peran serta suami adalah peran suami atas keputusan istri dalam ber KB	Skala : nominal < mean : Tidak berperan $\geq$ mean : Berperan Cara pengukuran dengan menggunakan lembar kuesioner yang terdiri 8 pertanyaan. Jawaban benar dinilai 1 dan jawaban salah dinilai 0
4	Jenis pekerjaan	Jenis pekerjaan adalah jenis kegiatan yang memiliki nilai kontribusi untuk kehidupan sehari-hari.	Skala : nominal Nilai 0 : Ibu rumah tangga Nilai 1 : Wanita karir/ Ibu bekerja Cara pengukuran dengan menggunakan lembar kuesioner.
5	Tingkat pendidikan	Tingkat pendidikan adalah jenjang hasil pembelajaran resmi pada institusi yang disahkan dengan ijazah	Nilai 0 : rendah (<SMA) Nilai 1 : tinggi ( $\geq$ SMA) Skala : nominal Cara pengukuran dengan

---

			menggunakan lembar kuesioner
6	Tingkat pengetahuan	Tingkat pengetahuan adalah pemahaman tentang program keluarga berencana	<p>Skala : nominal</p> <p><math>&lt; \text{mean}</math> : Kurang baik</p> <p><math>\geq \text{mean}</math> : Baik</p> <p>Cara pengukuran dengan menggunakan lembar kuesioner yang terdiri dari 7 pertanyaan. Jawaban benar dinilai 1 dan jawaban salah dinilai 0.</p>
7	Status ekonomi	Status ekonomi adalah penghasilan atau pendapatan yang diperoleh setiap bulannya	<p>Skala : nominal</p> <p>Nilai 0 : Pendapatan dibawah UMR</p> <p>Nilai 1 : Pendapatan diatas UMR</p> <p>Dimana UMR menurut Jateng = Rp 939.756,00</p> <p>Cara pengukuran dengan menggunakan lembar kuesioner.</p>
8	Paparan Informasi Keluarga Berencana	Paparan Informasi Keluarga Berencana adalah seberapa banyak responden memperoleh informasi tentang KB	<p>Skala : nominal</p> <p><math>&lt; \text{Mean}</math> : kurang mendapatkan informasi KB.</p> <p><math>\geq \text{Mean}</math> : cukup mendapatkan informasi KB.</p> <p>Cara pengukuran dengan menggunakan lembar kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan. Jawaban benar dinilai 1 dan</p>

## **4.7 Cara pengumpulan data**

### **4.7.1 Alat**

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, namun sebelum kuesioner dipakai untuk penelitian dilakukan lebih dulu uji validitas dan reabilitas dengan menggunakan SPSS.<sup>27</sup>

### **4.7.2 Jenis data**

Jenis data dalam penelitian ini adalah diambil dari data primer dan data sekunder.

#### **4.7.2.1 Data primer**

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti melalui wawancara terhadap subjek penelitian dengan menggunakan kuesioner.

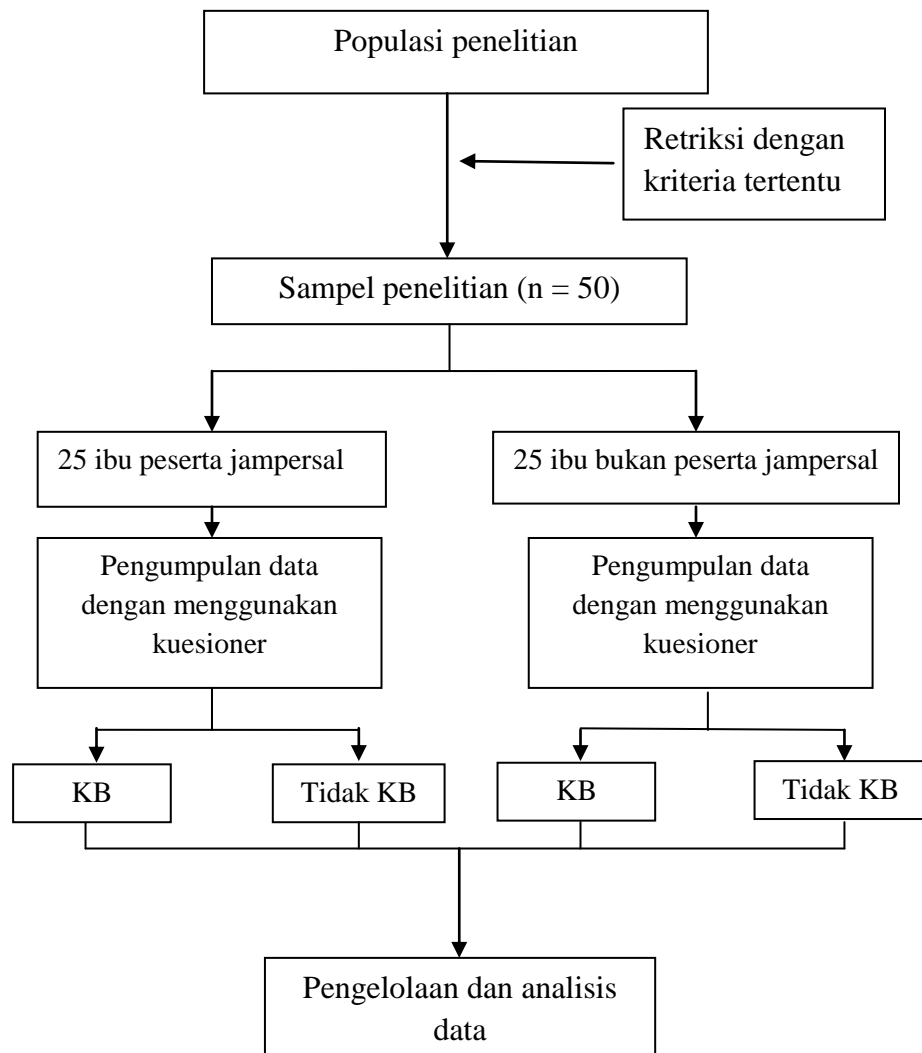
#### **4.7.2.2 Data sekunder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti dari catatan rekam medik rumah sakit.

### **4.7.3 Cara kerja**

Pengambilan data penelitian dilakukan selama 4 bulan dan pengelolaan serta analisis data dilakukan 1 bulan. Kuesioner dibagikan kemudian dikumpulkan setelah diisi oleh para ibu peserta jampersal maupun bukan peserta jampersal yang tercatat pernah melahirkan di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten yang telah dipilih secara *convenient sampling*

#### 4.8 Alur penelitian



Gambar 6. Alur Penelitian

## 4.9 Pengolahan dan analisis data

### 4.9.1 Pengelolaan data

Pengolahan data dilakukan dengan cara :

#### 1) *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa kembali data-data yang diperoleh dari hasil data primer maupun sekunder.

Dalam hal ini editing meliputi kelengkapan dan kesalahan dalam pengisian jawaban yang telah diberikan responden.

#### 2) *Coding*

Dilakukan dengan cara meneliti kembali setiap data yang ada kemudian memberi kode jawaban yang telah tersedia dilembar pertanyaan sesuai jawaban responden.

#### 3) *Tabulating*

Dilakukan dengan menghitung dan mengelompokan data sesuai dengan variabel yang diteliti, ini merupakan kelanjutan dari pengkodean pada proses pengolahan data kemudian dilanjutkan dengan pengolahan data dengan menggunakan software komputer.

#### 4) *Entry*

Penelitian ini menggunakan uji *Chi-square* untuk mengetahui hubungan variabel bebas terhadap variabel terikat dan besar resiko antara variabel bebas dan variabel terikat yang diuji dilihat dari nilai Resiko Relatif (RR).



## **4.9.2 Analisis data**

Setelah pengolahan data kemudian data dimasukan dalam program SPSS.

### **4.9.2.1 Analisis univariat**

Data kategorikal didiskripsikan dalam jumlah (n) dan persen ( % )

### **4.9.2.2 Analisis bivariat**

Dengan menguji hubungan antar variabel bebas dan variabel terikat menggunakan uji korelasi *Chi Square*, karena dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan jaminan persalinan, peran serta suami, jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, status ekonomi, paparan informasi KB terhadap keikutsertaan keluarga berencana. Besarnya resiko antara kedua variabel yang berhubungan signifikan dapat dilihat dari nilai Resiko Relatif (RR).

$RR = 1$ , menunjukan bahwa pajanan bukan faktor resiko.

$RR > 1$ , menunjukan bahwa pajanan benar merupakan faktor resiko.

$RR < 1$ , menunjukan bahwa pajanan merupakan faktor protektif.

#### **4.9.2.3 Analisis Multivariat**

Analisis multivariat yang digunakan yaitu Regresi Logistik Ganda. Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui variabel apa yang paling berpengaruh terhadap keikutsertaan KB dan menganalisis pengaruh jampersal dengan mempertimbangkan variabel perancu.

#### **4.10 Etika penelitian**

- 1) Persetujuan etik telah dimintakan sebelum dilakukan penelitian ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK).
- 2) Subjek penelitian yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini dibuktikan dengan menandatangani *informed consent* dengan sebelumnya subjek penelitian telah diberikan penjelasan tentang maksud, tujuan, manfaat, dan protokol penelitian, dan subjek berhak menolak untuk diikutsertakan tanpa ada konsekuensi apapun dan berhak untuk keluar dari penelitian sesuai dengan keinginnya.
- 3) Kerahasiaan mengenai isi kuesioner hanya diketahui oleh peneliti dan subjek peneliti.
- 4) Semua biaya yang berkaitan dengan penelitian ditanggung oleh peneliti.

#### 4.11 Jadwal penelitian

Tabel 3. Matriks jadwal penelitian

Bulan ke-1 : dimulai dari bulan Oktober

Bulan ke- Kegiatan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pembuatan proposal											
Ujian proposal penelitian											
Penelitian											
Ujian hasil penelitian											

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Analisis sampel

Penelitian ini menguji pengaruh Jaminan Persalinan terhadap keikutsertaan Keluarga Berencana. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei sampai Juli 2012 di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dan kecamatan Karanganom Klaten. Pengambilan data dilakukan menggunakan data bersalin RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten dan secara wawancara langsung terhadap 50 responden dengan berkunjung dari rumah ke rumah dengan kuesioner. Jumlah responden tersebut telah memenuhi jumlah minimal sampel yang diperlukan.

#### 5.2 Pengujian instrumen

##### 5.2.1 Validitas butir-butir pertanyaan

Pertanyaan pada kuesioner sebesar 25 butir,  $r$  tabel pada  $\alpha$  0,05 dengan derajat bebas  $df = \text{jumlah kasus} - 2$ .  $r$  (0,05;23) pada uji satu arah = 0,2653. Jika  $r$  hitung lebih dari  $r$  tabel maka valid<sup>28</sup>.

**Tabel 4.** Validitas butir – butir pertanyaan

Butir	<i>Corrected item-total Correlation (r hitung)</i>	r tabel	Validitas
1	0,433	0.2653	Valid
2	0,533	0.2653	Valid
3	0,533	0.2653	Valid
4	0,539	0.2653	Valid

5	0,363	0.2653	Valid
6	0,321	0.2653	Valid
7	0,285	0.2653	Valid
8	0,454	0.2653	Valid
9	0,315	0.2653	Valid
10	0,782	0.2653	Valid
11	0,480	0.2653	Valid
12	0,471	0.2653	Valid
13	0,314	0.2653	Valid
14	0,356	0.2653	Valid
15	0,504	0.2653	Valid
16	0,363	0.2653	Valid
17	0,449	0.2653	Valid
18	0,566	0.2653	Valid
19	0,299	0.2653	Valid
20	0,440	0.2653	Valid
21	0,264	0.2653	Valid
22	0,442	0.2653	Valid
23	0,606	0.2653	Valid
24	0,657	0.2653	Valid
25	0,297	0.2653	Valid

### 5.2.2 Reliabel butir-butir pertanyaan

Pertanyaan pada kuesioner sebesar 40 butir, r tabel pada  $\alpha$  0,05 dengan derajat bebas  $df = \text{jumlah kasus} - 2$ .  $r(0,05;38)$  pada uji satu arah = 0,2018. Jika r hitung lebih dari r tabel maka reliabel<sup>28</sup>.

**Tabel 5.** Realiabel butir – butir pertanyaan

Butir	<i>Cronbach alpha</i> (r alpha)	r tabel	Validitas
1	0,867	0.2653	Reliabel
2	0,864	0.2653	Reliabel
3	0,864	0.2653	Reliabel
4	0,862	0.2653	Reliabel
5	0,868	0.2653	Reliabel
6	0,870	0.2653	Reliabel
7	0,871	0.2653	Reliabel
8	0,865	0.2653	Reliabel
9	0,870	0.2653	Reliabel
10	0,855	0.2653	Reliabel
11	0,864	0.2653	Reliabel
12	0,865	0.2653	Reliabel
13	0,870	0.2653	Reliabel
14	0,869	0.2653	Reliabel
15	0,864	0.2653	Reliabel
16	0,868	0.2653	Reliabel
17	0,865	0.2653	Reliabel
18	0,865	0.2653	Reliabel
19	0,870	0.2653	Reliabel
20	0,866	0.2653	Reliabel
21	0,871	0.2653	Reliabel
22	0,866	0.2653	Reliabel
23	0,860	0.2653	Reliabel
24	0,860	0.2653	Reliabel
25	0,869	0.2653	Reliabel

### 5.3 Analisis Deskriptif

#### 5.3.1 Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur responden peserta jampersal terbanyak kisaran umur 21-25 tahun sebesar 52%. Sedangkan umur responden bukan peserta jampersal terbanyak kisaran umur 26-30 tahun sebesar 44%.

**Tabel 6.** Distribusi umur

Umur	Jampersal				Total	
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%	N	%
15-20	0	0	1	4	1	2
21-25	13	52	6	24	19	38
26-30	7	28	11	44	18	36
31-35	3	12	5	20	8	16
35-40	2	8	2	8	4	8
Total	25	100	25	100	50	100

### 5.3.2 Jumlah anak

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan responden peserta jampersal memiliki 1 anak sebesar 48%, sedangkan responden bukan peserta jampersal memiliki 1 dan 2 anak sebesar 44%.

**Tabel 7.** Distribusi jumlah anak

Jumlah anak	Jampersal				Total	
	Ya		Tidak			
	n	%	N	%	n	%
1	12	48	11	44	23	46
2	8	32	11	44	19	38
>2	5	20	3	22	8	16
Total	25	100	25	100	50	100



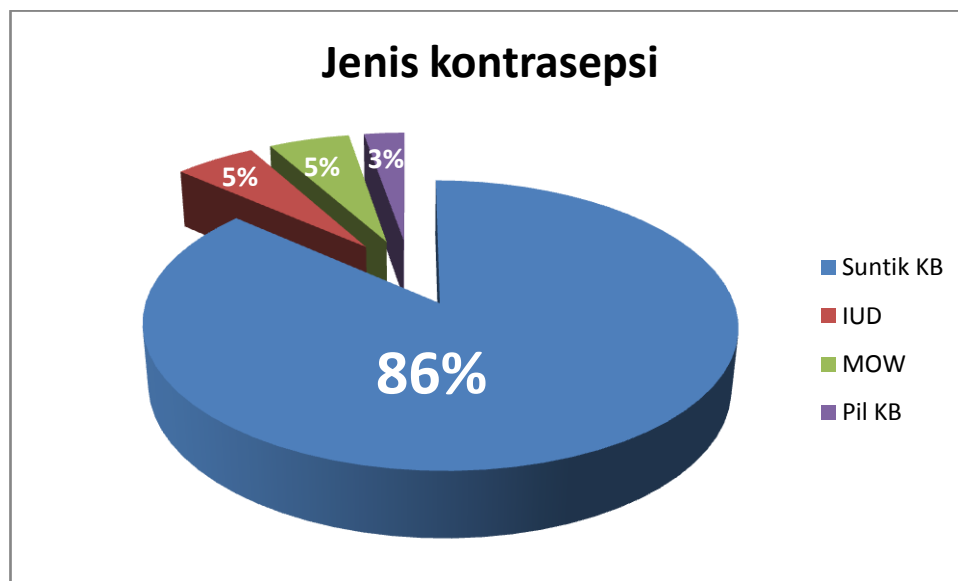
### 5.3.3 Keikutsertaan Keluarga Berencana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mengikuti program KB sebesar 37 responden (74%) sedangkan responden yang tidak mengikuti program KB sebesar 13 responden (26%)

**Tabel 8.** Distribusi keikutsertaan KB

KB	Frekuensi	%
Tidak	13	26.0
Ya	37	74.0
Total	50	100.0

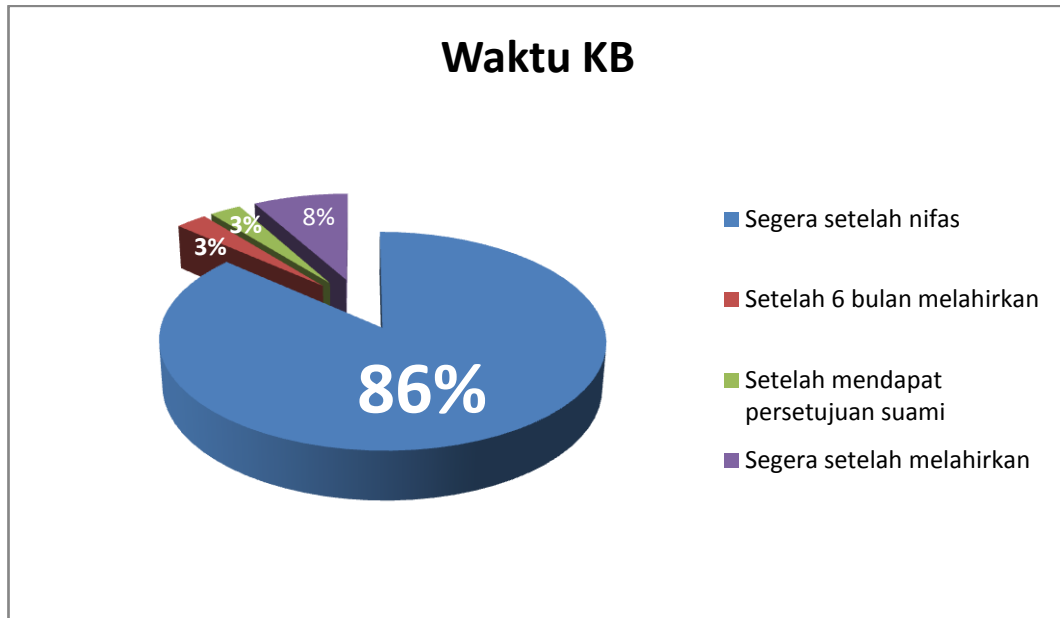
### 5.3.4 Pilihan Kontrasepsi



**Gambar 7.** Gambaran distribusi jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor KB

Pada gambar 7 dapat dilihat bahwa dari 37 responden akseptor KB, jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan responden adalah Suntik KB 3 bulan sebesar 86%.

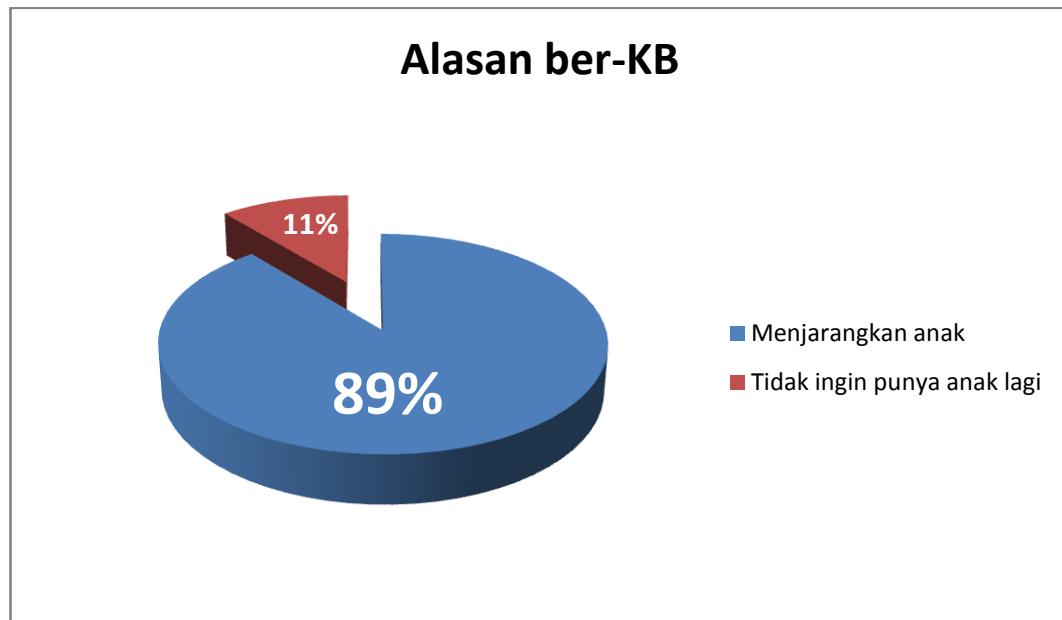
### 5.3.5 Waktu ber- KB



**Gambar 8.** Gambaran distribusi waktu memutuskan menggunakan kontrasepsi

Pada gambar 8 dapat dilihat bahwa dari 37 responden akseptor KB waktu ber-KB terbanyak adalah segera setelah nifas sebesar 86%

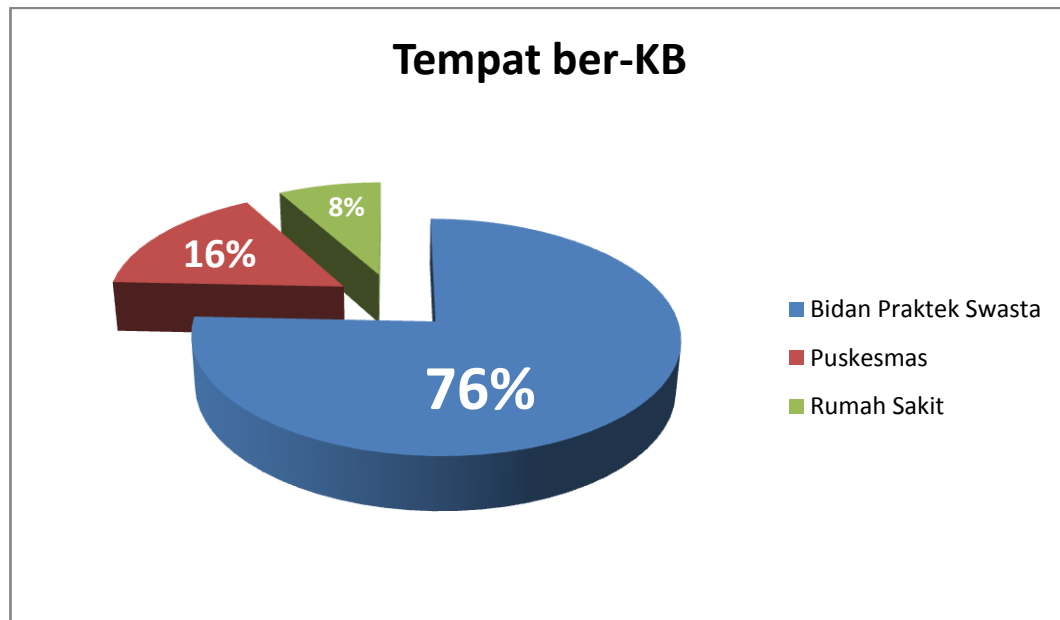
### 5.3.6 Alasan ber-KB



**Gambar 9.** Gambaran distribusi alasan ber-KB

Pada gambar 9 dapat dilihat bahwa dari 37 responden akseptor KB terdapat alasan ber-KB terbanyak adalah menjarangkan anak sebesar 89%.

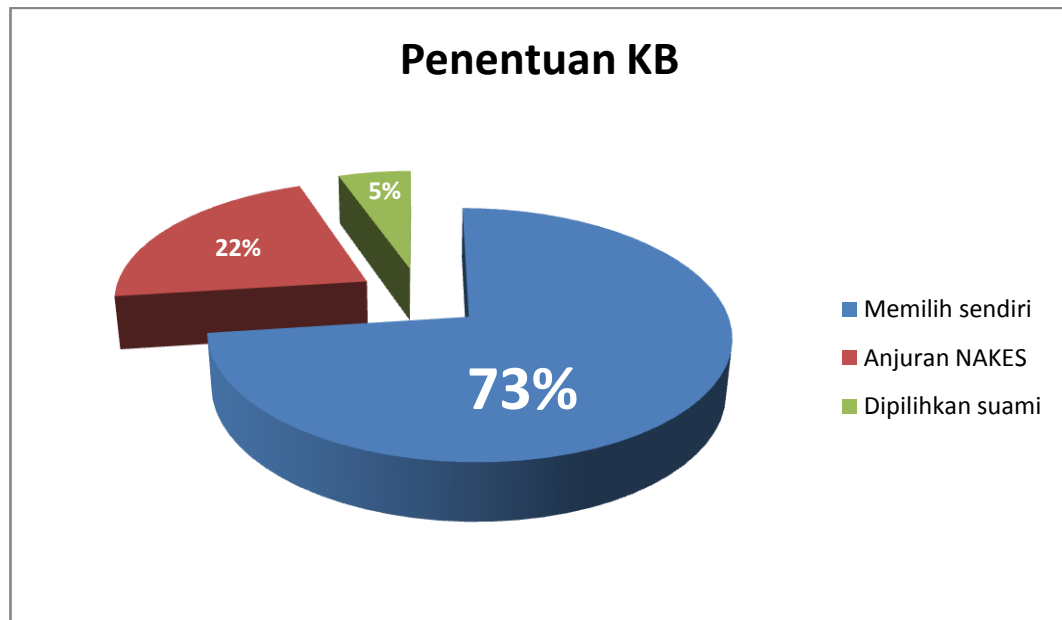
### 5.3.7 tempat ber - KB



**Gambar 10.** Gambaran distribusi tempat ber- KB

Pada gambar 10 dapat dilihat bahwa dari 37 responden akseptor KB tempat ber-KB terbanyak adalah Bidan Praktek Swasta sebesar 76%.

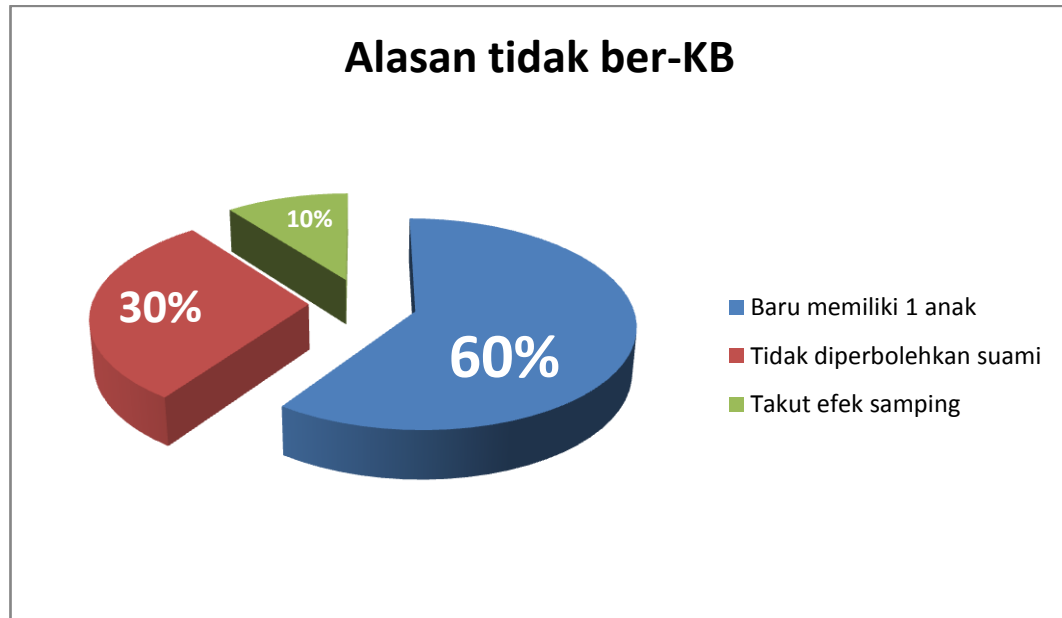
### 5.3.8 Penentuan KB



**Gambar 11.** Gambaran distribusi penentuan KB

Pada gambar 11 dapat dilihat bahwa dari 37 responden akseptor KB penentuan ber-KB terbanyak adalah memilih sendiri sebesar 73%.

### 5.3.9 Alasan tidak ber-KB



**Gambar 12.** Gambaran distribusi alasan tidak ber-KB

Pada gambar 12 dapat dilihat bahwa dari 13 responden yang bukan akseptor KB, alasan tidak ber-KB terbanyak adalah baru memiliki 1 anak sebesar 60%.

#### **5.4 Analisis bivariat**

Dengan menguji hubungan antar variabel bebas dan variabel terikat menggunakan uji korelasi *Chi Square*, karena dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan jaminan persalinan, peran serta suami, jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, status ekonomi, paparan informasi KB terhadap keikutsertaan keluarga berencana. Besarnya resiko antara kedua variabel yang berhubungan signifikan dapat dilihat dari nilai Resiko Relatif (RR).

#### 5.4.1 Hubungan antara jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB

Analisis bivariat hubungan antara jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB didapat nilai  $p$  sebesar 0,04 ( $<0,05$ ) maka secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara jaminan persalinan dengan keikutsertaan KB . Responden yang menerima jaminan persalinan 9,036 kali beresiko untuk ikut KB dibanding yang tidak menerima jaminan persalinan

**Tabel 9.** Hubungan jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB

Jaminan Persalinan	KB				Total		RR	CI (95%)	<i>p</i>
	Ya		Tidak						
	n	%	n	%	n	%			
Ya	23	62.2	2	15.4	25	50	9,036	1.741 - 46.890	0,04
Tidak	14	37.8	11	84.6	25	50			
Total	37	100	13	100	50	100			



#### 5.4.2 Hubungan antara peran serta suami dengan keikutsertaan KB.

- a. Analisis bivariat hubungan antara peran serta suami terhadap keikutsertaan KB didapat nilai  $p$  sebesar 0,000 ( $<0,05$ ) maka secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara peran serta suami dengan keikutsertaan KB. %. Suami yang berperan dalam pengambilan keputusan istri ber-KB 45,375 kali beresiko untuk ikut KB dibandingkan yang suami yang tidak berperan.

**Tabel 10.** Hubungan peran serta suami terhadap keikutsertaan KB

Peran serta suami	KB				Total		RR	CI (95%)	P
	Ya		Tidak						
	n	%	n	%	n	%			
Berperan	33	89.2	2	15.4	35	70	45.375	7.283 - 282.695	0,000
Tidak berperan	4	10.8	11	84.6	15	30			
Total	37	100	13	100	50	100			

### 5.4.3 Hubungan antara jenis pekerjaan terhadap keikutsertaan KB

Analisis bivariat hubungan antara jenis pekerjaan terhadap keikutsertaan KB didapat nilai  $p$  sebesar 1,000 ( $>0,05$ ) maka secara statistik terdapat hubungan yang tidak signifikan antara jenis pekerjaan dengan keikutsertaan KB.

**Tabel 11.** Hubungan jenis pekerjaan terhadap keikutsertaan KB

Jenis pekerjaan	KB				Total		RR	CI (95%)	p
	Ya		Tidak						
	n	%	n	%	n	%			
Wanita Karir	24	64.9	8	61.5	32	64	1.154	0.313 - 4.257	1,00
Ibu Rumah Tangga	13	35.1	5	38.5	18	36			
Total	37	100	13	100	50	100			

#### 5.4.4 Hubungan antara tingkat pendidikan terhadap keikutsertaan KB

Analisis bivariat hubungan antara tingkat pendidikan terhadap keikutsertaan KB didapat nilai  $p$  sebesar 0,303 ( $>0,05$ ) maka secara statistik terdapat hubungan yang tidak signifikan antara tingkat pendidikan dengan keikutsertaan KB

**Tabel 12.** Hubungan antara tingkat pendidikan dengan keikutsertaan KB

Tingkat pendidikan	KB				Total		RR	CI (95%)	p
	Ya		Tidak						
	N	%	n	%	n	%			
Tinggi	25	69.4	11	30.6	36	72	0.379	0.72 - 1.985	0,303
Rendah	12	14.3	2	85.7	14	28			
Total	37	74.0	13	26.0	50	100			

#### 5.4.5 Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keikutsertaan KB

Analisis bivariat hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap keikutsertaan KB didapat nilai  $p$  sebesar 0,065 ( $>0,05$ ) maka statistik terdapat hubungan yang tidak signifikan antara tingkat pengetahuan dengan keikutsertaan KB.

**Tabel 13.** Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keikutsertaan KB.

Tingkat pengetahuan	KB						RR	CI (95%)	<i>p</i>
	Ya		Tidak		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Baik	25	67.6	5	38.5	30	60	3.333	0.897 - 12.383	0.065
Kurang baik	12	32.4	8	61.5	20	40			
Total	37	100	13	100	50	100			

#### 5.4.6 Hubungan antara status ekonomi dengan keikutsertaan KB

Analisis bivariat hubungan antara status ekonomi terhadap keikutsertaan KB didapat nilai  $p$  sebesar 0,180 ( $>0,05$ ) maka secara statistik terdapat hubungan yang tidak signifikan antara status ekonomi dengan keikutsertaan KB.

**Tabel 14.** Hubungan antara status ekonomi dengan keikutsertaan KB

Status ekonomi	KB				Total		RR	CI (95%)	<i>p</i>
	Ya		Tidak						
	n	%	n	%	n	%			
>=939.756	11	53.8	7	81.3	18	36	0.363	0.99 - 1.329	0,180
< 939.756	26	46.2	6	29.7	32	64			
Total	37	100	13	100	50	100			

#### 5.4.7 Hubungan antara paparan informasi KB terhadap keikutsertaan KB.

Analisis bivariat hubungan antara paparan informasi KB terhadap keikutsertaan KB didapat nilai  $p$  sebesar 0,000 ( $<0,05$ ) maka secara statistik terdapat hubungan yang signifikan antara status ekonomi dengan keikutsertaan KB. Responden yang pernah terpapar informasi KB beresiko 17,111 kali mengikuti KB daripada yang tidak pernah terpapar informasi KB.

**Tabel 15.** Hubungan antara Paparan Informasi KB terhadap keikutsertaan KB.

Paparan informasi KB	KB				Total		RR	CI (95%)	<i>p</i>
	Ya		Tidak						
	n	%	n	%	n	%			
Cukup	28	75.7	2	15.4	30	60	17.111	3.178-92.127	0,000
Kurang	9	24.3	11	84.6	20	40			
Total	37	100	13	100	50	100			

## 5.5 Analisis Multivariat

### 5.5.1 Analisis multivariat untuk mendapatkan variabel yang paling berpengaruh terhadap keikutsertaan KB.

Analisis bivariat sebelumnya telah menganalisis faktor – faktor yang berhubungan secara signifikan dan yang tidak berhubungan secara signifikan terhadap keikutsertaan KB. Faktor – faktor yang berhubungan secara signifikan maupun tidak berhubungan secara signifikan tetapi memiliki nilai  $p$  kurang dari 0,25 seperti penghasilan, jaminan persalinan, pengetahuan, paparan informasi KB, peran serta suami selanjutnya dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui variabel apa yang paling berpengaruh terhadap keikutsertaan KB. Pada analisis ini menggunakan uji Regresi logistik Ganda metode Backward LR, pada tingkat kemaknaan 95%.

**Tabel 16.** Hasil multivariat dengan regresi logistik ganda

Variabel	Sig
Penghasilan	0.511
Jaminan Persalinan	0.360
Pengetahuan	0.837
Paparan informasi KB	0.074
Peran serta suami	0.001

**Tabel 17.** Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik ganda mendapatkan faktor – faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap keikutsertaan KB

No	Variabel	B	Exp B	CI 95%	Sig
1	Peran serta suami	3.176	23.955	3.475- 165.128	0.001

Hasil akhir analisis dengan metode regresi logistik ganda dapat disusun suatu model persamaan regresi untuk menghitung probabilitas suatu individu dalam keikutsertaan KB.

$$\text{Ln} \left( \frac{p}{1-p} \right)$$

$$p = \frac{1}{1 + e^{-y}}$$

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(1.475 + 3.176)}}$$

$$p = \frac{1}{1.1825}$$

$$p = 84.5 \%$$

p = probabilitas untuk terjadinya suatu kejadian

e = bilangan natural = 2,7

y = konstanta

Persamaan di atas artinya peran serta suami memiliki probabilitas sebesar 84.5 %

### **5.5.2 Pengaruh antara Jampersal dengan keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan variabel perancu.**

Hubungan antara Jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan didapatkan nilai  $p$  sebesar 0.01, tingkat pendidikan dengan  $p$  sebesar 0.009, jenis pekerjaan dengan  $p$  sebesar 0.009, status ekonomi dengan  $p$  sebesar 0.009 maka terdapat pengaruh antara Jampersal terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan variabel tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status ekonomi.



**Tabel 18.** Pengaruh antara Jampersal dengan keikutsertaan KB dengan mempetimbangkan variabel perancu

Variabel bebas	Variabel perancu	sig
Jaminan Persalinan	Jenis pekerjaan	0.009
Jaminan Persalinan	Pendidikan	0.009
Jaminan Persalinan	Pengetahuan	0.01
Jaminan Persalinan	Status Ekonomi	0.009
Jaminan Persalinan	Paparan informasi KB	0.278
Jaminan Persalinan	Peran serta suami	0.149

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Pengaruh antara jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status ekonomi.**

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa jaminan persalinan berpengaruh terhadap keikutsertaan KB setelah mempertimbangkan tingkat pengetahuan dengan  $p$  sebesar 0,010. Hal ini dapat dikarenakan pada program jaminan persalinan setelah melahirkan mengadakan Advokasi dan KIE pelayanan KB dalam Jampersal secara berkesinambungan sehingga pengetahuan responden bertambah mengenai KB sehingga responden mengerti manfaat ber-KB. Selain itu secara teoritis tingkat pengetahuan seseorang akan sesuatu sangat penting serta merupakan dasar dari sikap dan tindakan dalam menerima atau menolak sesuatu hal, sehingga tingkat pengetahuan yang baik tentang KB dengan segala aspeknya akan sangat membantu kelancaran usaha untuk memotivasi calon akseptor KB.

26,29,30

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa Jaminan persalinan berpengaruh terhadap keikutsertaan KB setelah mempertimbangkan tingkat pendidikan dengan nilai  $p$  sebesar 0,009. Hal ini sesuai dengan dengan penelitian Ni'mal Baroya menyebutkan bahwa wanita yang berpendidikan tinggi lebih mudah menerima informasi dan pengetahuan tentang kontrasepsi sehingga memahami manfaat

pemakaian kontrasepsi. Dengan demikian seorang wanita yang memiliki pendidikan yang tinggi lebih berpeluang mengikuti program KB daripada tingkat pendidikan yang rendah. Secara teoritis disebutkan bahwa tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap segala sesuatu yang datang dari luar. Orang yang mempunyai pendidikan yang lebih tinggi dalam menghadapi gagasan-gagasan baru akan lebih banyak mempergunakan rasio daripada emosi. Keadaan ini berlaku pula untuk program KB karena gagasan yang dibawa oleh program KB merupakan sesuatu yang bersifat baru untuk beberapa individu atau kelompok tertentu. Tingginya tingkat pendidikan masyarakat sangat mendukung penerimaan atau pelaksanaan program KB, karena program KB bertujuan untuk membantu masyarakat menuju ke tingkat kesejahteraan yang lebih baik.<sup>20,29</sup>

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa Jaminan persalinan berpengaruh terhadap keikutsertaan KB setelah mempertimbangkan jenis pekerjaan dengan nilai  $p$  sebesar 0,009. Hal ini sesuai dengan penelitian Ni'mal Baroya yang menyebutkan bahwa wanita akan meningkatkan kesempatan untuk bekerja dan berkarier sehingga mengurangi keinginan untuk memiliki jumlah anak yang lebih banyak. Sehingga wanita karier lebih berpeluang mengikuti program KB daripada ibu rumah tangga. Secara teoritis disebutkan bahwa partisipasi wanita dalam angkatan kerja mempunyai pengaruh penting dalam penurunan fertilitas. Bekerja dapat mengurangi keinginan wanita untuk membina keluarga besar karena dengan memiliki banyak anak jelas akan merepotkan. Di pihak lain, bekerja mungkin mendorong wanita membatasi besar keluarganya karena

pekerjaan dapat menjadi sumber lain diluar keluarga untuk memperoleh rasa aman dan kepuasan diri. Jenis-jenis pekerjaan tertentu seperti ibu rumah tangga, tidak banyak pengaruhnya terhadap jumlah anak yang dimiliki ,karena semua pekerjaan tersebut dapat dengan mudah dilakukan bersama-sama dengan tugas merawat anak. Sebaliknya pekerjaan yang mengharuskan wanita meninggalkan rumah akan mengurangi wanita untuk mempunyai banyak anak karena akan timbul masalah terhadap anak yang ditinggalkannya Hal ini disebabkan karena wanita karir tidak mau repot dengan adanya banyak anak. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa wanita karir mempunyai kesadaran yang lebih tinggi untuk ber-KB dibandingkan ibu rumah tangga. <sup>13, 20</sup>

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa Jaminan persalinan berpengaruh terhadap keikutsertaan KB setelah mempertimbangkan status ekonomi dengan nilai  $p$  sebesar 0,009. Berdasarkan data responden peserta jampersal yang mempunyai pendapatan kurang dari UMR yaitu sebanyak 87% sedangkan di atas UMR yaitu sebanyak 13%. Oleh karena itu dapat diasumsikan penerima jampersal sebagian besar merupakan masyarakat kurang mampu sehingga banyak masyarakat yang kurang mampu tersebut memanfaatkan fasilitas gratis dari pemerintah tersebut. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Wagstaff penegasan bahwa wanita dengan status ekonomi lebih baik mempunyai kesempatan lebih banyak dalam menentukan metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya dan lebih otonom dalam mengambil keputusan tentang pengaturan fertilitasnya. Secara teoritis menyebutkan bahwa status ekonomi sangat berpengaruh dalam memutuskan mengikuti program KB dan dalam memutuskan pemilihan

kontrasepsi yang digunakan. Biaya sering menjadi hambatan dalam memanfaatkan pelayanan di negara berkembang. Dengan adanya Jampersal seseorang dengan status ekonomi kurang mampu dapat memanfaatkan pelayanan gratis ini.<sup>22</sup>

## **6.2 Pengaruh antara jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan paparan informasi KB, peran serta suami.**

Penelitian ini tidak terdapat pengaruh antara jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan paparan informasi KB dengan nilai  $p$  sebesar 0,278. Hal ini disebabkan karena paparan informasi KB lebih berpengaruh terhadap keikutsertaan KB dibandingkan jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB. Hal ini sesuai dengan Noar pada penelitiannya menyebutkan media massa berpengaruh kuat terhadap kesadaran, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi melalui program pendidikan dan hiburan berbeda. Orang – orang yang terpapar informasi baru, ide, dan nilai – nilai yang berhubungan dengan kontrasepsi dan pengendalian fertilitas, kesadarannya akan meningkat bahkan beberapa dari mereka memutuskan untuk menggunakannya.<sup>23,24</sup>

Penelitian ini tidak terdapat pengaruh antara jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB dengan mempertimbangkan peran serta suami dengan nilai  $p$  sebesar 0,149. Hal ini disebabkan peran serta suami lebih berpengaruh dibandingkan jaminan persalinan terhadap keikutsertaan KB. Hal ini sesuai teori yang menyebutkan bahwa di Indonesia keputusan suami dalam mengizinkan istri adalah pedoman penting bagi istri untuk menggunakan alat kontrasepsi. Bila

suami tidak mengizinkan, hanya sedikit istri yang berani untuk menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Dukungan suami sangat berpengaruh besar dalam pengambilan keputusan. Selain peran penting dalam mendukung keputusan, peran suami juga dalam memberikan informasi juga sangat berpengaruh bagi istri. Peran seperti ikut pada saat konsultasi pada tenaga kesehatan saat istri akan memakai alat kontrasepsi, mengingatkan istri jadwal minum obat atau jadwal untuk kontrol, mengingatkan istri hal yang tidak boleh dilakukan saat memakai alat kontrasepsi dan sebagainya akan sangat berperan bagi istri saat akan atau telah memakai alat kontrasepsi. Besarnya peran suami akan sangat membantunya dan suami akan semakin menyadari bahwa masalah kesehatan reproduksi bukan hanya urusan wanita (istri) saja. Peran lain suami adalah memfasilitasi (sebagai orang yang menyediakan fasilitas), memberi semua kebutuhan istri saat akan memeriksakan masalah kesehatan reproduksinya. Hal ini dapat terlihat saat suami menyediakan waktu untuk mendampingi istri memasang alat kontrasepsi atau kontrol, suami bersedia memberikan biaya khusus untuk memasang alat kontrasepsi, dan membantu istri menentukan tempat pelayanan atau tenaga kesehatan yang sesuai.<sup>30</sup>

Secara tidak langsung jaminan persalinan tidak mempengaruhi keikutsertaan KB, hal ini dikarenakan berdasarkan data penelitian peserta Jampersal yang ber-KB hanya 62.2% dan sebagian besar alat kontrasepsi yang digunakan yaitu suntik KB sebesar 86% yang merupakan alat kontrasepsi non MKJP sedangkan target nasional ber-KB yaitu 65%. Hal ini sesuai dengan penelitian Lilik Prasetyo Nugroho yang menyebutkan bahwa keikutsertaan KBRS setelah adanya jaminan

persalinan sebesar 24,6% menurun dibandingkan sebelum adanya jaminan persalinan sebesar 47,1%. Seharusnya program KB yang telah ada sejak tahun 1970 mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, terlebih dengan adanya Jampersal yang berintegrasi dengan pelayanan KB dapat lebih meningkatkan jumlah akseptor KB melebihi target nasional dan mengarahkan akseptor KB pada alat kontrasepsi yang tidak rawan drop out yaitu alat kontrasepsi MKJP, sehingga dengan Jampersal selain dapat menurunkan AKI dan AKB juga dapat mengendalikan laju pertumbuhan penduduk di Indonesia .<sup>31,32</sup>

### **6.3 Pengaruh antara peran serta suami terhadap keikutsertaan KB**

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh antara peran serta suami dan keikutsertaan KB dengan nilai  $p$  sebesar 0,000 dan nilai RR sebesar 23,9 yang berarti suami yang berperan dalam pengambilan keputusan istri ber-KB 23,9 kali beresiko untuk ikut KB dibandingkan yang suami yang tidak berperan. Berdasarkan data hasil penelitian, peran serta suami 35 responden (70 %) suami berperan serta dalam pengambilan keputusan istri ber- KB, 15 responden ( 30% ) suami tidak berperan serta dalam pengambilan keputusan istri ber KB. Selain itu, didapatkan bahwa faktor peran serta suami dalam keikutsertaan KB mempunyai probabilitas sebesar 84,5% ini menunjukkan bahwa faktor peran serta suami sangat berpengaruh dalam keputusan istri untuk ber-KB maupun tidak. Secara teoritis seseorang istri dalam memutuskan mengikuti program KB harus mendapatkan persetujuan dari suami, karena suami dianggap sebagai kepala keluarga, pencari nafkah dan seseorang yang dapat membuat keputusan dalam suatu keluarga. Peran suami juga sangat penting dalam

mengarahkan kontrasepsi yang sesuai dan memotivasi seorang istri dalam menjalani program KB. Hal ini juga dipertegas dengan penelitian Karindra yang menyebutkan bahwa peran serta suami sangat berperan keikutsertaan sebagai akseptor Keluarga Berencana di Rumah Sakit (KBRS) pada pasien pascapersalinan dan pascakeguguran.<sup>13,19</sup>

#### **6.4 Keterbatasan penelitian**

1. Penelitian ini menggunakan cara sampling yaitu *Convenience Sampling*, sehingga penelitian ini hanya bisa diterapkan pada sampel ini sendiri (kurang representatif untuk populasi yang diteliti) karena ada kemungkinan *study unit* yang tidak dipilih.
2. Penelitian ini hanya untuk mengetahui pengaruh Jaminan Persalinan terhadap keikutsertaan KB sehingga belum dapat menjelaskan secara mendalam alasan – alasan yang mendasari menjawab pertanyaan pada kuesioner.



## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Berdasarkan analisis hasil pembahasan dalam penelitian yang telah dilakukan maka simpulan dari penelitian ini adalah

- b. Tidak terdapat pengaruh Jaminan Persalinan terhadap keikutsertaan KB tanpa mempertimbangkan variabel perancu.
- c. Terdapat pengaruh antara Jaminan Persalinan dan keikutsertaan KB setelah mempertimbangkan tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status ekonomi.
- d. Tidak terdapat pengaruh antara Jaminan Persalinan dan keikutsertaan KB setelah mempertimbangkan paparan informasi KB, peran serta suami.
- e. Alat kontrasepsi terbanyak yang digunakan responden adalah Suntik KB yang merupakan salah satu alat kontrasepsi non MKJP
- f. Peran serta suami mempunyai pengaruh paling kuat terhadap keikutsertaan KB sebesar 84.5%. Suami yang berperan dalam pengambilan keputusan istri ber-KB 23,9 kali beresiko untuk ikut KB dibandingkan yang suami yang tidak berperan.

## 7.2 Saran

1. Berdasarkan simpulan di atas dan dalam upaya meningkatkan keikutsertaan KB maka perlu ditingkatkan koordinasi yang komprehensif antara Kementerian Kesehatan dan BKKBN pada program jaminan persalinan dengan cara meningkatkan melakukan advokasi dan KIE/Konseling pelayanan keluarga berencana dalam jaminan persalinan secara berkesinambungan, penyediaan alat dan obat kontrasepsi, sarana pendukung pelayanan KB, serta penggerakan layanan KB, memfasilitasi pelatihan bagi dokter dan bidan khususnya pelayanan KB MKJP, pengelola pelayanan KB dalam jaminan persalinan, dan meningkatkan monitoring dan evaluasi pada program jaminan persalinan, dan mengarahkan pelayanan KB pada kontrasepsi jangka panjang yang tidak rawan drop out.
2. Penulis menyarankan peran serta suami perlu ditingkatkan sehingga dapat meningkatkan keikutsertaan istri dengan cara meningkatkan pengetahuan suami mengenai manfaat ber-KB.
3. Penulis menyarankan dilakukan penelitian kualitatif untuk mengetahui alasan-alasan secara lebih mendalam mengenai jampersal dan keikutsertaan KB.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Mathai M. Reviewing maternal death and complications to make pregnancy and childbirth safer. Regional Health Forum.2005;9(1):27
2. UNFPA. Fact Sheet Motherhood and Human Rights.[internet].c2009.[Cited 2011 August 28]. Available from : <http://www.unfpa.org/public/factsheets/pid/3851#contraception>
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Data dan Informasi. Jakarta. Kemenkes:2011;10
4. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional /Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional /Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).Jakarta:2011;52
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan. Jakarta : Kemenkes; 2011:2.
6. Kementrian Kesehatan republik Indonesia. Sosialisasi Jaminan Persalinan ( Jampersal ). Jakarta : Kemenkes; 2011:4-13
7. Badan Pusat Statistik.Hasil Sensus Penduduk 2010 Data Agregat per Provinsi.Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2010.
8. BAKOHUMAS.KEMENTERIAN KESEHATAN. [internet] c2011.[cited 2011 August 28].available from : <http://www.depkeu.go.id/ind/others/bakohumas/BakohumasKemenKes/IndexKesehatan.htm>

9. Sarjono B. Kebijakan Pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran di Puskesmas Dalam Workshop Peran BPS dan Puskesmas Rawat Inap Dalam Pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran. Yogyakarta; 2011.
10. Indrawati Tutut. Target peserta KB baru di Klaten capai 79,5%. [internet]. c2011. [Cited 2011 August 28]. Available from: <http://www.solopos.com/2011/klaten/target-peserta-kb-baru-di-klaten-capai-795-84181>
11. BKKBN. Membangun Keluarga Sehat dan Sakinah. Jakarta: BKKBN; 2009.
12. Surjaningrat S, Saifuddin A. Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2005:200-224
13. Dwiworo K. Analisis Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Keikutsertaan Sebagai Akseptor Keluarga Berencana di Rumah Sakit Pada Pasien Pascapersalinan dan Pascakeguguran di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten . Yogyakarta: Departemen Obstetri dan Ginekologi RSUP Dr Sardjito; 2010
14. Lucinawati M. Hak-hak Perempuan dan Kesehatan Reproduksi. Kesrepro [internet] c2007 [cited 2011 Nov 1]. Available from: <http://www.kesrepro.info/?q=node/199>
15. Darahim A. Kedudukan dan Peran Pendidikan Kependudukan Dalam Mendukung Program KB Nasional. Jakarta: BKKBN; 2010
16. Affandi B. Strategi Peningkatan Pelayanan kontrasepsi Jangka Panjang Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran. Departemen Obstetri dan Ginekologi. Jakarta : FK UI/ RSCM. 2011
17. Handayani S. Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana. Jogjakarta: Pustaka Rihama; 2010; 27
18. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007; 178

19. Adhyani A. Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Pemilihan Kontrasepsi Non IUD Pada Akseptor KB Wanita Usia 20-39.Semarang : Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro:2011
20. Baroya N. Dampak Positif Perubahan Kebijakan Pembiayaan Keluarga Berencana Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Kontrasepsi Keluarga Miskin [Dessertation].Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada:2010
21. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2002;27
22. Wagstaff,A. Poverty and Health Sector Inequalities.Bulentin of the World Health Organization.[internet].2002.[cited 2012 Jan 8].80(2):97-105.Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567730/>
23. Schoemaker,J. Contraceptive Use Among The Poor in Indonesia. International Family Planning Perspectives.[internet].2005[cited 2012 Jan 8].31(3).Available from:  
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3110605.html>
24. Noar,S.M. A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go from Here?.Journal of Health Communication.[internet].2006.[cited 2012 Jan 8].11(1):21-24.Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16546917>
25. Indira Laksmi. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Jenis Kontrasepsi yang Digunakan Pada Keluarga Miskin.Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2009
26. BKKBN.Peran BKKBN dalam Mendukung Pelaksanaan Program Jampersal.BKKBN:2011
27. Sastroasmoro S, Ismail S. Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta:Sagung Seto:2002;88,156-157.

28. Prastisto. Cara Mudah Mengatasi Masalah Statistik Dengan Rancangan Percobaan Dengan SPSS 12. Jakarta. PT ElexMedia Computindo: 2004; 263
29. Tukiran, Agus Joko. Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Jogjakarta. Pustaka Pelajar. 2010
30. Peran Suami Menurut Istri Dalam Pemakaian Alat Kontrasepsi di Rumah Sakit Umum Sundari Medan. Universitas Sumatra. c2010. [cited July 10 2012]: 15-16. Available from : [www.repository.usu.ac.id](http://www.repository.usu.ac.id)
31. Prasetyo Lilik. Analisis Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Keikutsertaan Sebagai Akseptor Keluarga Berencana Pascapersalinan dan Pascagugur Sebelum dan Sesudah Jampersal di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten. Klaten. SMF Obstetri & Ginekologi RSUP dr Soeradji Tirtonegoro: 2012
32. Anonim. Peserta KB Lampaui Target Nasional. [internet]. c2012. [cited Agustus 4 2012]. Jurnal Nasional : 5. Available from <http://www.jurnas.com/halaman/5/2012-06-25/213486>